UNIVERSITÉ DE REIMS

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE REIMS

Année 1970

N° 16

THÈSE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

par

Pierre CHARDON

Externe des Hôpitaux

Né le 2 Juillet 1943, à Mouron (08)

Présentée et soutenue publiquement le 1 JUIL 1970 Juin 1970

MALADIE DE CROHN

CONTRIBUTION A SON ÉTUDE

A PROPOS DE 14 OBSERVATIONS PERSONNELLES

Président : **M. H. GEOFFROY,** Professeur

UNIVERSITÉ DE REIMS

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE REIMS

Année 1970

N° 16

THÈSE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

par

Pierre CHARDON

Externe des Hôpitaux

Né le 2 Juillet 1943, à Mouron (08)

Présentée et soutenue publiquement le 1 JUIL. 1970 Juin 1970

MALADIE DE CROHN

CONTRIBUTION A SON ÉTUDE

A PROPOS DE 14 OBSERVATIONS PERSONNELLES

Président : **M. H. GEOFFROY,** Professeur

UNIV.
LEIDEN
BIBL.

FACULTE MIXTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DE REIMS

Directeur honoraire de l'Ecole Nationale de Médecine et de Pharmacie de REIMS

.....M. R. FRANQUET

Doyen honoraire de la Faculté Mixte de Médecine et de Pharmacie de REIMS

.....M. L. VILDE

Professeurs honoraires.....MM. A. JACQUINET, M. LEULIER, et R. LEFEVRE.

DOYEN : M. H. EZES

ASSESSEUR : M. J. LE MEN

PROFESSEURS TITULAIRES

MM.

M. AUROUSSEAU..... Pharmacodynamie

J. BASTIEN..... Clinique Chirurgicale

J. BOREL..... Biochimie Médicale

G. DROPSY..... Bactériologie-Parasito. Virologie.

JM. DUBOIS DE MONTREYNAUD..Pathologie expérimentale.

H. EZES..... Clinique obstétricale

M. FANDRE..... Clinique de pédiatrie et de puériculture.

J. GARDENT..... Chimie organique

H. GEOFFROY..... Pathologie médicale

J. LE MEN..... Pharmacie chimique

J. LEVY..... Pharmacie galénique

N..... Pathologie chirurgicale

P. QUEREUX..... Anatomie

M. QUIRIN..... ..... Matière médicale
J. VALEYRE..... Biophysique médicale
L. VILDE..... Clinique Médicale
D. ZAGURY..... Histologie-embryologie

PROFESSEURS TITULAIRES A TITRE PERSONNEL

MM.

T. CAULET..... Anatomie-pathologique
R. NATAF..... Ophtalmologie

PROFESSEURS SANS CHAIRE

MM.

G. BOFFA..... Biochimie médicale
H. CHOISY..... Pharmacologie
R. DOURIS..... Physique
J. DUCHENNE..... Microbiologie
P. GAUGE..... Physiologie
Y. GERARD..... Chirurgie générale
G. PETIT-MAIRE..... Hygiène, médecine préventive et médecine du travail.
J. RISTELHUEBER..... Thérapeutique.

PROFESSEURS CHARGES DE COURS A TITRE PERMANENT

MM.

M. JACQUET..... Anatomie-pathologique
R. LARDENNOIS..... Pathologie chirurgicale.

MAITRES DE CONFERENCES AGREGES

MM.

J.J. ADNET..... Anatomie-pathologique
A. BAJOLET..... Cardiologie
J. BOY..... Hématologie

A. CATTAN..... Cancérologie
J. CLAUDE..... Toxicologie
R. COFFIN..... Pédiatrie
P. COUDOUX..... Médecine Générale
M. DUFOUR..... Médecine Générale
J. GOUGEON..... Médecine Générale
F. GUYOT..... Neuro-chirurgie
M. HARDEL..... Cardiologie
G. LEDOUBLE..... Chimie minérale
M. LEUTENEGGER..... Médecine Générale
J. MORICE..... Neuro-psychiatrie
Mlle L. OLIVIER..... Pharmacie galénique
S. PAROT..... Physiologie
G. PASCALIS..... Neuro-psychiâtrie
F. PENNAFORTE..... Pédiatrie
M. RANDOUX..... Chimie biologique
Mlle J. RENDOING..... Anesthésiologie
J. RIVES..... Chirurgie Générale
M. SEGAL..... Electro-radiologie.

Secrétaire de la Faculté.....R. DOHAIN

Bibliothécaire.....Mme J. PITHOIS

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41542728_0007

A notre Maitre et Président de Thèse

Monsieur le Professeur Henri GEOFFROY,

Médecin des Hôpitaux

Professeur de Pathologie Médicale,

qui nous a fait l'honneur
nous accepter parmi ses
élèves et de nous proposer
ce travail.
En témoignage de notre res-
pectueuse gratitude et pro-
fond attachement.

A Monsieur le Professeur Louis VILDE,

Medecin des Hôpitaux,

Professeur de Clinique Médicale,

Doyen honoraire de la Faculté

Vous nous avez accueilli, Monsieur, dans votre service avec une grande bienveillance. Veuillez trouver ici l'expression de notre reconnaissance et l'assurance de notre profonde admiration.

A Monsieur le Professeur Jacques BASTIEN

Chirgugien des Hôpitaux

Professeur de Clinique Chirurgicale

Vous avez bien voulu nous accueillir dans votre service. Nous tenons à vous assurer de notre reconnaissance et de notre profond respect.

A Monsieur le Professeur Agrégé Max SEGAL

Electro-radiologiste des Hôpitaux

Vous nous avez fait un grand honneur d'accepter de juger ce travail, de cela et de l'enseignement que vous nous avez prodigué dans votre service soyez remercié avec une profonde gratitude.

Je dédie ce travail

- A MA FEMME,

  En gage de mon amour

- A MON FILS,

- A MES PARENTS,

  Modeste témoignage de mon affection

  et de ma reconnaissance pour tant de

  dévouement et de sacrifices.

- A MES BEAUX PARENTS,

  Ils ont su m'accueillir comme un fils,

  qu'ils soient certains de mon attachement.

- A MES GRANDS PARENTS,

- A MES FRERES,

- MEIS ET AMICIS.

A Monsieur le Docteur Sacha SEGAL ,

Chargé de cours à la Faculté

Nous vous prions de croire à notre gratitude pour l'accueil toujours empreint d'une grande amabilité que vous nous avez réservé.

Nous sommes heureux de l'occasion qui nous est offerte de vous exprimer nos remerciements pour nous avoir, en particulier, ouvert vos dossiers gastro-enterologiques personnels si riches d'enseignement.

A Monsieur le Docteur Philippe MATHIS,

Assistant des Hôpitaux

En témoignage de notre gratitude pour sa participation si spontanée.

A mes Maîtres de la Faculté et des Hôpitaux.

- I N T R O D U C T I O N -

La maladie de Crohn est une affection relativement rare. Cependant, en raison des problèmes anatomopathologique, physiopathologique, diagnostique, clinique et radiologique et thérapeutique qu'elle pose, son étude a fait l'objet de nombreux travaux depuis la description princeps de Crohn en I932. En FRANCE, nous citerons la thèse de JOURDE (I947), les publications de RACHET, BUSSON, Charles DEBRAY. Notre contribution à l'étude de cette affection repose sur 14 observations recueillies à la consultation de Gastro-entérologie (Dr. S. SEGAL), à la consultation de Chirurgie digestive (Dr. P. MATHIS) et dans le service de Médecine Générale A (C.H.U. REIMS - Professeur H. GEOFFROY).

Nous adoptons le plan suivant :

- Historique.
- Exposé de 14 observations personnelles.
- Symptômatologie clinique.
- Symptômatologie radiologique.
- Symptômatologie biologique.
- Etude anatomo-pathologique.
- Indications thérapeutiques, pronostic, aspect évolutif de la maladie.

=-=-=

H I S T O R I Q U E

Depuis la description princeps de CROHN, GUINSBURG et OPPENHEIMER en I932, l'iléite terminale a perdu ses caractéristiques topographiques et anatomo-pathologiques, de nombreuses explications pathogéniques ont été proposées et la conduite thérapeutique ne semble bien définie que depuis quelques années.

En I932 donc, CROHN, GUINSBURG et OPPENHEIMER décrivent sous le nom d'iléite terminale une affection localisée au segment terminal de l'intestin grêle. A la lumière de cette description on remarque que si cette affection n'avait pas été bien individualisée, elle avait été décrite en FRANCE et en EUROPE dès la fin du XIX° siècle et au début du XX° sous des noms très divers : Entérite chronique intersticielle de DANZIEL, para-appendicite de QUENU.

Un an après la publication de CROHN, HARRIS et Collaborateurs rapportent une observation caractérisée non par une lésion de l'iléon terminal mais par une atteinte du jéjunum et de l'iléon non terminal. L'année suivante, BROWN, BARGEN et WEBER décrivent trois cas, avec localisations identiques à celles de HARRIS et proposent le terme "d'entérite régionale" plutôt que celui d'iléite terminale.

En I934, COLP, à propos d'un cas, remarque des lésions non seulement sur le grêle terminal mais aussi sur le coecum et le colon droit, imposant une colectomie droite. Deux ans plus

tard, CROHN lui-même dans une série de soixante observations décrit neuf atteintes coliques.

Actuellement des localisations de la maladie de CROHN ont été décrites au niveau de presque tous les segments du tube digestif. Si l'on ne connait que quelques localisations gastriques, elles sont beaucoup plus nombreuses au niveau du duodénum. Le siège le plus fréquent est évidemment iléal et au niveau du gros intestin, tous les segments peuvent être atteints. Les localisations rectales et anales sont désormais reconnues.

C'est à MOSCHCOWITZ en 1923 que revient le mérite d'avoir différencié la lésion du granulome tuberculeux. Initialement les lésions histologiques furent décrites au niveau de toutes les tuniques intestinales et successivement HADFIELD en 1939, WAREN et SOMMERS en 1948 reconnurent l'obstruction lymphatique, la prolifération endothéliale et le complexe giganto-cellulaire. En 1957, DELARUE, MIGNOT et RICHIR mettent en évidence au niveau des lésions des dilatations vasculaires importantes avec anastomoses artério-veineuses.

L'étiopathogénie de l'affection a été le sujet de nombreux travaux. L'origine tuberculeuse suspectée sur les ressemblances histologiques (aspect giganto-cellulaire) n'a jamais pu être prouvée. En 1952, W. VAN PATTER a pratiqué près de deux mille cultures et plus de cent inoculations à l'animal sans résultat, ce qui permit d'éliminer définitivement l'origine tuberculeuse de l'affection.

HOMANS, HASS et HADFIELD pensèrent que la maladie de Crohn n'était qu'une manifestation de la sarcoïdose de BESNIER -

BOECK - SCHAUMANN. Aucun fait clinique et biologique n'est venu confirmer cette hypothèse.

RACHET et BUSSON ont proposé une théorie allergique basée sur la présence d'éosinophiles dans la sous muqueuse. Pour cette raison ils ont proposé à titre thérapeutique l'infiltration novocaïnique du mésentère.

Le rôle de certains germes a été évoqué. Le colibacille, le staphylocoque, différents virus ont été successivement incriminés comme à l'origine de l'affection. Aucun isolement n'a jamais confirmé cette hypothèse.

A la suite des travaux de DELARUE, MIGNOT et RICHIR en 1957 des lésions vasculaires seraient à l'origine de l'affection. Les lésions d'endartérite et d'endophlébite reconnues dans les foyers ont été incriminées. Ces lésions vasculaires fréquentes sont elles la cause ou la conséquence de la maladie de Crohn ?

Enfin les origines traumatique, psycho-somatique ou nutritionnelle de l'affection semblent actuellement réfutées.

Les indications thérapeutiques se sont modifiées depuis 1932.

Le traitement médical, mineur à l'origine, a vu ses indications croître avec les anti-inflammatoires. Ces dernières années la prescription de ces drogues, surtout les cortisoniques, a été discutée devant les risques de perforation. Successivement ont été prescrits l'acide acétyl salicylique à hautes doses, la cortisone et l'A.C.T.H. Par contre, les désinfectants intestinaux n'ont jamais été controversés.

La radiothérapie qui aurait donné quelques résultats encourageants est actuellement abandonnée.

Le traitement chirurgical s'impose dans les formes compliquées et, selon CROHN, dans les formes réagissant mal au traitement médical. On doit attendre "le refroidissement du processus inflammatoire et l'amorce de la résolution curatrice" et CROHN pense que le pronostic est meilleur si l'intervention a lieu au cours de la deuxième ou troisième année de la maladie.

La technique chirurgicale elle-même s'est modifiée et si initialement les interventions de dérivation avec anastomose latéro-latérale ou termino-latérale étaient préférées, les auteurs actuels sont unanimes à reconnaître que la résection avec anastomose termino-terminale, quand elle est possible est la plus satisfaisante (MALARET - BUSSON).

Il est des cas où le traitement chirurgical est formellement contre-indiqué : essentiellement les formes mineures et les formes multifocales nécessitant une résection trop importante.

Enfin, l'infiltration novocaïnique du mésentère a donné des résultats encourageants dans des maladies de CROHN non confirmées histologiquement...

-=-=-=-=-

ENONCE DES QUATORZE OBSERVATIONS

Observation N° 1 : Monsieur ROU... Marcel, 35 ans

Monsieur ROU... Marcel consulte pour la première fois le 26 Avril 1969.

Depuis sa jeunesse Monsieur ROU... se plaint d'une tendance aux diarrhées. En 1952 il subit une première intervention proctologique pour des douleurs anales et un écoulement séreux. Le type d'intervention est inconnu du malade et secondairement il présente un rétrécissement anal tel qu'en 1957 il est réopéré et lui est pratiqué un anus iliaque gauche. Cet anus artificiel est mal supporté et quelques semaines plus tard, à ce niveau, une fistule impose la reprise du traitement chirurgical. La colostomie est fermée en 1960 et à cette date l'état local et général sont satisfaisants. Cinq ans plus tard (1966) Monsieur ROU... est de nouveau opéré d'une fissure anale.

Il vientconsulter pour différents troubles, outre le rétrécissement anal, ce malade se plaint de diarrhée profuse, sans sang, et de douleurs abdominales très violentes, diffuses prédominant au creux épigastrique calmées par l'émission de selles diarrhéiques.

Le Docteur SEGAL, devant l'anamnèse de la maladie et l'aspect de rectite trouvé en endoscopie, suspecte d'emblée une maladie de Crohn avec localisation ano-rectale, et il pratique quelques jours plus tard, des examens radiographiques.

Le transit baryté du grêle, montre une atteinte retardée du coecum. Il existe plusieurs zones rétrécies étagées de l'angle duodéno-jéjunal.

Le lavement baryté objective un bon remplissage du sigmoide, du colon gauche et du transverse, mais à la partie moyenne du colon droit, on note une zone rétrécie, filiforme, avec dilatation considérable du bas fond coecal. Rétrospectivement, en revoyant les lavements barytés de 1957 et 1965, il est probable qu'il existait déjà un manque de distension nette du coecum, avec anomalies des plis des dernières anses grêles.

Le diagnostic envisagé cliniquement et endoscopiquement est confirmé par la radiologie. L'indication opératoire est portée immédiatement, avant que ne survienne un état occlusif. Celle-ci est pratiquée le 23 Mai 1969 (Docteur MATHIS) "incision para-médiane droite - lésions inflammatoires uniquement au niveau de la valvule de Bauhin. En amont le grêle est dilaté sur une vingtaine de centimètres, attiré en un point et fixé sur le foyer coecal.

Plus en amont, il est normal, à peine dilaté, on ne retrouve aucun foyer sur le reste du grêle. Dans le mésentère, une adénopathie de type inflammatoire. Au-delà des lésions coecales, le colon droit parait sain, de même que le colon transverse et le colon gauche. On ne sent rien d'anormal sur le rectum. La colostomie gauche n'a laissé aucune trace sur l'intestin. Hémicolectomie droite avec section du jéjunum en amont de la zone attirée et du colon transverse près de l'angle droit. Anastomose termino-terminale.

Biopsie à la pince sur le rétrécissement ano-rectal volontairement superficielle".

Anatomie pathologique :

"L'aspect morphologique est en faveur d'une maladie de Crohn iléale avec atteinte de la jonction iléo-coecale".

Biopsie rectale : "discrètes lésions d'anite sub-aigue ".

Les suites opératoires sont simples, le malade quitte le milieu chirurgical le 2 Avril 1969.

Le 14 Juin, un traitement corticoïde est entrepris, 30 mg par jour pendant 6 jours, puis doses dégressives. On envisage de le laisser un an et demi à 10 mg par jour.

Depuis cette date, Monsieur ROU... est revu régulièrement, son état général est parfait, la diarrhée a disparu, et le 13 Septembre, le lavement baryté, et en particulier la jonction iléo-colique paraissaient tout à fait normaux.

Observation N° 2 : Monsieur VIO Victor, 66 ans

Monsieur VIO... Victor, 66 ans, consulte pour la première fois le 3 Mars 1966, pour des douleurs de la moitié inférieure de l'abdomen, s'étendant secondairement au niveau de l'hypochondre droit.

Chez ce malade n'ayant aucun antécédent particulier, les douleurs sont d'une intensité extrême, plus vives à la fin de la nuit entre quatre et sept heures.

Il n'existe pas de diarrhée, pas d'amaigrissement, pas de fièvre. La biologie hépatique est tout à fait normale, ainsi que la cholécystographie. Cependant, le Docteur SEGAL remarque sur les clichés de cholécystographie, une image hydro-aérique de siège vraisemblablement iléal.

Le lavement baryté pratiqué immédiatement, est normal jusqu'au coecum qui manque d'extension, comprimé par une masse occupant son bord interne et le colon ascendant ; et par un iléon terminal où il existe peut être à 30 cms de la valvule une zone rétrécie avec dilatation en amont, pouvant faire évoquer le diagnostic de maladie de Crohn ou de bacillose intestinale.

Le 28 Mars 1966, un traitement antituberculeux est prescrit.

Monsieur VIO... est vu de nouveau en consultation le 2 Mai 1966. Il n'existe aucune amélioration clinique après un mois de traitement.

Le 4 Mai, ce malade est hospitalisé d'urgence pour subocclusion, et après quelques jours de réanimation et d'aspiration duodénale, un nouveau transit du grêle est pratiqué. Il montre des images identiques à celles de l'examen du 28 Mars. L'intervention est inévitable, et celle-ci a lieu le 13 Mai 1966 (compte-rendu opératoire du Docteur MATHIS).

"grande incision médiane. Toutes les anses sont liées entre elles. Il existe une masse inflammatoire à la fin du grêle, qui porte à la fois sur l'intestin et sur de gros ganglions dans le méso. Libération en arrière. Résection iléo-colique portant sur le grêle à IO cm en amont, et sur le colon au-dessous de l'angle droit. Anastomose un plan nylon. Pas de drainage".

Anatomie pathologique : (Docteur MARTIN)

Pièce de 70 cm. En son centre, sténose tubulée de I9 cm, entourée par une très volumineuse masse scléro-lipomateuse presque tumorale avec quelques ganglions hyperplasiques. Sur le grêle, quelques ulcérations à contour polycyclique. Aucune modification

..

du coecum et de la valvule de Bauhin.

Histologie :

Très intense iléite granulomateuse, presque sténosante, étendue à un long segment du grêle, respectant totalement le coecum et le colon. Dans la mesure où le malade n'a pas reçu de traitement spécifique antituberculeux, et sur l'absence de lésions tuberculeuses typiques ou évolutives; le diagnostic de plus grande probabilité est celui d'une iléite ulcéreuse et granulomateuse de Crohn.

Les suites opératoires sont simples, et ce malade revu le 7 Septembre 1966, présentait un état général excellent. Il n'a malheureusement pas été vu depuis cette date.

Bien que l'examen anatomo-pathologique ne soit pas formel, le diagnostic le plus vraisemblable est celui d'une maladie de Crohn, la radiologie et l'évolution sous traitement vont en ce sens.

Observation N° 3 : Monsieur HIR... Gilbert, 37 ans

Monsieur HIR... Gilbert, né en 1932, se plaint depuis son retour d'AFRIQUE DU NORD, en 1956, de diarrhée chronique, 3 selles par jour en moyenne, avec des épisodes de 5 à 6 jours, où il compte 8 selles, toutes fécales sans épreintes ni faux besoins. Il n'y a ni amaigrissement, ni température, ni douleur. Les examens coprologiques répétés sont tout à fait normaux.

Le 18.8.69, le lavement baryté, montre alors un aspect un peu figé du colon gauche, avec peu d'haustrations, la dernière anse grêle n'est pas rigide, a perdu son relief muqueux.

Le diagnostic de maladie de Crohn est envisagé, et le Docteur SEGAL le voit en consultation le 31.IO.69.

Les radiographies montrent des images caractéristiques d'iléite terminale, pouvant évoquer une maladie de Crohn. La rectoscopie pratiquée dans un même temps, montre une lésion de la face antérieure du rectum, évoquant plus une lésion traumatique qu'une localisation rectale de la maladie, comme le confirme une rectoscopie pratiquée 8 jours plus tard, et ne retrouvant pas la lésion.

Un nouveau lavement baryté, pratiqué le 12 Novembre découvre au niveau de la dernière anse grêle les trois segments classiques décrits par BODART, signant le diagnostic.

Le traitement médical, immédiatement prescrit, comporte CORTANCYL, 25 mg par jour, à doses dégressives, et des désinfectants intestinaux.

Ce malade est revu le 9 Janvier I970, à la suite d'une période d'une semaine à la limite de l'occlusion. A cette date, le transit est rétabli, mais diarrhéique, glaireux, malodorant. De nouveaux examens radiographiques (17.I.70), montrent des lésions identiques, peut-être un peu plus accentuées avec la notion de 50 à 60 cm de grêle terminal atteint. A ce niveau, il existe d'aval en amont, une longue portion rétrécie, une portion plus courte en guirlande, et une portion inflammatoire, comme le décrit BODART.

L'intervention chirurgicale devient inévitable, et elle a lieu le 26 Janvier (Docteur MATHIS) ;

"Incision médiane. Infiltration inflammatoire des 30 derniers centimètres du grêle - Aucune adhérence du jéjunum - Arrêt des lésions à la jonction iléo-coecale - En amont, la limite des

lésions est apparemment nette - Adénite dans le mésentère - Le reste du grêle et du colon sont apparemment sains - Résection iléo-coecale passant enamont à 15 cm au-dessus de la limite apparente des lésions, et en aval à la partie moyenne du colon droit - Anastomose termino-terminale - Péritonisation".

A l'ouverture des pièces, les lésions s'arrêtent à la valvule de Bauhin, mais en amont, 2 bandes pathologiques au-dessus de la limite apparente. Toutefois, la section porte au moins 10 cm au-dessus de ces deux zones pathologiques".

Anatomie pathologique : (Docteur MARTIN).

"Iléite ulcéreuse avec épaississement pariétal et sclèro-lipomateux,qui présente tous les caractères d'une iléite terminale de Crohn."

Actuellement ce malade va bien ,mais le recul est nettement insuffisant pour juger de l'évolution.

Observation N°4: Monsieur BRU...Jean Claude,31ans.

Monsieur BRU...a 31 ans lorsqu'il consulte pour des rectorragies de faible abondance,avec amaigrissement de 9 kilos en 3 mois, et pour des douleurs sous-costales droites,chez un malade que l'on connaissait porteur d'une lithiase vésiculaire.

Le 30 Mai 1967 ,une rectoscopie met en évidence un bourrelet hémorroidaire, avec présence d'une zone cruentée à la face postérieure du canal anal saignant au contact, et où il est pratiqué une biopsie. Par ailleurs, l'hypertonie du sphincter a rendu cet examen très difficile. L'histologie a montré des lésions de rectite sub-aigue, non spécifique, et il fut entrepris un traitement local.

Quelques jours plus tard, une cholangiographie intra-vei-

neuse montre une mauvaise opacification du cholédoque, la lithiase vésiculaire est retrouvée. Il n'existe pas d'image de calcul cholédocien . Par ailleurs, des radiographies gastroduodénales antérieures montrent un aspect hypertrophique de la tête du pancréas avec compression du bord interne du deuxième duodénum.

Pendant près d'un an, Monsieur BRU... va bien, il ne présente que quelques rares douleurs, lorsque le 10 Mars 1968, un nouvel épisode douloureux, évocateur de cholécystite impose l'intervention. Les voies biliaires sont libres, mais le chirurgien remarque une sténose iléale, la présence de nombreuses adénomégalies mésentériques dont une est prélevée en vue d'analyse.

En voici le compte-rendu : "il s'agit d'une adénite spécifique mésentérique compatible avec une iléite segmentaire ou maladie de Crohn ".

Un traitement antituberculeux est néanmoins entrepris, associant P.A.S., RIMIFON, à suivre pendant 3 mois.

Un transit du grêle est pratiqué le 1 er Avril 1968, et de l'observation des images on retient :

- une mauvaise opacification du bord interne du 2 ème duodénum qui a perdu sa souplesse.

- aspect spiculaire des bords du jéjunum avec une zone inflammatoire à ce niveau.

- dilatation d'une anse grêle en amont de la sténose iléale constatée en per-opératoire.

- enfin sur les clichés tardifs, il existe un trajet filiforme de 20 cm au niveau de la dernière anse iléale.

Au total, transit accéléré au niveau du jéjunum avec

aspect inflammatoire des anses grêles et sténose serrée de la dernière anse.

Monsieur BRU... reconsulte le 18 Avril,car il se plaint depuis quelques jours de douleurs de l'hypochondre droit avec frissons intenses durant 4 heures ,accompagnées d'hyperthermie à 39°7. Le diagnostic d'angiocholite est posé.Par ailleurs,Mr BRU... présente depuis quelques jours une fissure anale trés douloureuse,disparaissant avec un traitement médical.

Après trois mois de traitement antituberculeux,le malade ne se sent pas amélioré,et le diagnostic de maladie de Crohn est posé,le traitement cortisonique entrepris(CORTANCYL:15mg par jour) Ce traitement l'améliore considérablement et un transit du grêle de contrôle est pratiqué le 3 Mars 1969;en voici le compte-rendu "La sténose de l'iléon terminal est moins serré (1cm),l'enraidissement est indiscutable,mais l'amélioration radiologique est nette"

Le lavement baryté objective une bonne souplesse de l'ampoule coecale,et il est décidé de poursuivre le traitement.

Biologiquement,les pertubations restent modérées.Ce malade est revu réguliérement,et le 22 Novembre 1969,l'état général était satisfaisant,avec persistance des douleurs abdominales.Le transit du grêle montre une aggravation des lésions avec suspicion de fistule iléale et sténose du grêle très importante.

Depuis cette date,ce malade n'a pas été revu et nous croyons savoir qu'il s'est fait opéré dans une autre ville.

Observation N°5:Madame CLA...Lucienne,née en 1910.

Madame CLA... est âgée de 50 ans,lorsqu'elle consulte pour sensation de ballonnement abdominal,diarrhée(à 5 selles par jour)

avec selles pâteuses depuis 1930, amaigrissement important mais non chiffré, anorexie, hyperthermie voisine de 39° depuis plusieurs semaines chez une malade sans aucun antécédent.

Son médecin fait pratiquer un lavement baryté qui montre un état pathologique certain de la dernière anse intestinale. Quelques jours plus tard, le 16 Juillet 1960, le transit du grêle objective une maladie de Crohn des 40 derniers centimétres iléaux sans ulcération, avec image en guirlande pincée vers le bord antémésenterique, le bord mésentérique est à double contour.

Un traitement corticoideest alors entrepris d'emblée, et malgré cette thérapeutique, l'état général s'aggrave et l'intervention devient inévitable. Elle a lieu le 7 Janvier 1961 (Docteur MATHIS, Service du Professeur BASTIEN).

"Incision para-médiane droite sous-ombilicale - On trouve une infiltration inflammatoire chronique qui intéresse les 25 derniers centimètres. L'intestin est blanchâtre et forme un épais tuyau. Le mésentère en regard est infiltré, mais sa racine parait indemne. La pointe de l'appendice adhère à l'intestin grêle, de même, une bande part du sigmoide, quel'on peut libérer sans dommage. La base d'implantation sur le colon est péritonisée, l'intestin grêle en amont est indemne, le colon est normal. On résèque 30 cm de grêle et le caecum en gardant l'artère colique supérieure droite. Anastomose termino-terminale après avoir rétréci la tranche coecale par un plan nylon. Péritonisation sur les deux faces - catgut - Plastefil".

Anatomie pathologique:

L'examen histologique montre une infiltration inflammatoire de la muqueuse avec épaississement des villosités et un certain de-

gré de différenciation du revêtement muqueux. Il existe des ulcérations qui pénètrent jusqu'à la muscularis mucosae. Il n'y a pas d'infiltration des tuniques musculaires.

Le petit fragment constitué d'un paquet musculo-nerveux ne montre pas de lésion histologiquement appréciable, en dehors d'une petite infiltration inflammatoire située au voisinage d'un nerf.

En Février I96I, l'amélioration clinique est considérable, il n'y a plus que 2 selles par jour, et en un mois, Madame CLA... a repris 3 kilos.

En juillet I961, la diarrhée réapparait, alors que le lavement baryté ne montre aucun signe de récidive. Ce trouble du tran - sit persiste en Février I962, et une nouvelle fois, aucune lésion radiologique n'est décelée sur le lavement baryté.

Jusqu'en I966, l'état de Madame CLA... est stationnaire. Cependant, notons que cette malade a présenté en Août I962, une hyperthyroïdie traitée par Iode radio-actif avec un excellent résultat.

Le 21 Février I966, le Docteur MATHIS doit intervenir d'urgence pour occlusion (Service du Professeur BASTIEN).

"On repasse par l'incision médiane, qu'on prolonge vers le haut. L'étage sous mésocolique est bloqué par les adhérences que l'on doit libérer. Il existe à droite un magma constitué par la fin du grêle, et dont la libération est difficile. Il existe un abcès collecté entre les anses (prélévement). Résection de la fin du grêle, recoupe du colon transverse. Anastomose iléo-colique termino-terminale. Reconstitution du péritoine latéral sous lequel on laisse un drain de Redon.

En voici le compte-rendu anatomo-pathologique (Pr. CAULET).

Conclusion : " il s'agit de l'aspect typique d'une iléite spécifique segmentaire. Etant donné l'absence de caséification, il parait s'agir d'une maladie de Crohn".

Fin Août, le transit du grêle et le lavement baryté, ne retrouvent aucune image de récidive. Cependant, il existe des images importantes de dilatation du grêle.

Le 14 Juin 1967, Madame CLA... consulte de nouveau pour altération progressive de l'état général, des douleurs abdominales, de l'hypochondre droit et du creux épigastrique. La radiographie gastrique ne montre que des signes de gastro-duodénite alors que le transit du grêle retrouve une sténose de 10 cms, signant une nouvelle poussée à opérer.

La troisième intervention a lieu le 23 Juin 1967 (Docteur MATHIS).

"Terminaison du grêle fixée sur la paroi latérale, ce qui amène à ouvrir en deux endroits. D'autre part, il existe une fistule d'une anse. On pratique une libération des anses. La fistule est suturée pour ne pas trop réduire la longueur du grêle.

Résection enlevant la portion malade, 15 cm d'intestin et 10 cm de colon transverse lui-même atteint.

Anastomose termino-terminale".

Histologie : (Docteur MARTIN).

"Résection de 38 cm avec sténose en son centre. Présence d'un nodule ganglionnaire dans le méso. Iléite ulcéreuse granulomateuse et suppurée avec formation folliculaire, l'ensemble réalisant tant par les caractères topographiques que structuraux un aspect évocateur de l'iléite de Crohn."

Les suites opératoires sont perturbées par un clocher fébrile au 7 ème jour, réagissant bien à un choc au Propidon.

Madame CLA... "se remet" très bien de cette troisième intervention, et va bien jusqu'en Février 1969, date à laquelle le lavement baryté montre de nouveau une image de récidive siègeant à l'anastomose. Et le 3 Mars, un état d'occlusion progressive du grêle s'installe, imposant une nouvelle intervention le 13 Mars 1969 (Docteur MATHIS).

"On repasse par la grande incision médiane, les anses intestinales sont bien protégées par l'épiploon, les adhérences sont évidemment très serrées, et on libère un bloc inflammatoire situé au voisinage de l'anastomose iléo-colique et qui est fixée en arrière sur le duodénum. Résection économique du grêle et du colon. Anastomose un plan nylon. Péritonisation sur la face antérieure du méso. Paroi en un plan nylon. Trinyl sur la peau. Photos. Examen histologique (Docteur MARTIN).

Il s'agit donc d'une intense iléite ulcéreuse et granulomateuse lymphoïde, dont les caractères macroscopiqueset histologiques cadrent parfaitement avec une iléite de Crohn".

Depuis cette date, cette malade est revue régulièrement en Consultation par le Docteur MATHIS, et actuellement, elle ne présente aucun signe clinique ni radiologique pouvant faire penser à une nouvelle récidive.

Observation N° 6 : Monsieur BOU... Alain, 17 ans $\frac{1}{2}$

Monsieur BOU... Alain, 17 ans $\frac{1}{2}$, est soigné pour différents ennuis proctologiques depuis 2 ans, lorsqu'il consulte en Avril 1969, pour une diarrhée profuse, évoluant depuis plus d'un an, 6

à 7 selles par jour, glaireuses sans sang ; un amaigrissement considérable (5 kilos en 6 mois), et des douleurs abdominales diffuses sus et para-ombilicales droites.

Les premiers troubles semblent remonter à I967, troubles mis sur le compte d'hémorroides, pour lesquelles il est opéré. L'amélioration n'est que passagère, et un an plus tard, il est réopéré d'hémorroides et de fissure anale.

En Avril I969, l'examen clinique est totalement négatif, la palpation abdominale tout à fait normale, et nous ne retiendrons de cet examen, qu'un contexte psychique un peu particulier sans gros troubles psychiâtriques. Ce jeune homme est un grand anxieux, et ses activités pendant son séjour dans notre Service, n'étaient pas celles d'un candidat au baccalauréat.

Le bilan biologique est tout à fait normal, mise à partune vitesse de sédimentation à 54-127 sans polynucléose. Les examens parasitologiques des selles sont à plusieurs reprises négatifs.

La rectoscopie, premier examen endoscopique pratiqué, montre une muqueuse rouge, inflammatoire, et devant les aspects endoscopiques et l'anamnèse de la maladie, le diagnostic de maladie de Crohn avec localisation anale et rectale, est envisagé. La biopsie anale, volontairement superficielle, ne retrouve que des lésions d'anite non spécifique.

Un bilan radiologique digestif est alors entrepris. Le transit oeso-gastro-duodénal permet de suspecter un ulcus bulbaire, avec déformation scléroinflammatoire en croix du bulbe, sans image de niche bien nette.

Le transit du grêle est pathologique, sans signe pathognomonique d'une affection.

Le lavement baryté objective les lésions avec image de colite et de péricolite ulcéreuse intense sur le colon droit. La dernière anse grêle est manifestement pathologique, et les images sont évocatrices d'une maladie de Crohn.

Le diagnostic envisagé précédemment, semble donc confirmé. par le lavement baryté et l'artériographie mésentérique supérieure, dont voici le compte-rendu (Professeur Agrégé Max SEGAL) :

" Il existe du côté droit, c'est-à-dire au niveau des ramifications de la colique supérieure droite et de l'iléo-coecale, un aspect un peu angiomateux du système artériolaire et particulièrement au niveau de la région iléo-coecale.

Au temps pariétal, épaississement des parois de la région coecale, par rapport à l'image des parois du grêle à gauche.

Au temps veineux de retour, la différence est encore plus manifeste :retour explosif du côté droit par rapport au côté gauche. Visibilité parfaite du système veineux de retour."

L'indication opératoire est portée, et l'intervention a lieu en Mai 1969. Compte-rendu opératoire : Docteur MATHIS, Service du Professeur BASTIEN :

"Incision à cheval sur l'ombilic. Cavité péritonéale libre. Aucune fistule - Le colon sigmoïde est sain, replié dans le pelvis - Les lésions ne siègent que sur le colon droit. On trouve une infiltration inflammatoire sur les derniers centimètres de l'intestin grêle, et sur les 4,5 ou 6 premiers centimètres du colon droit, puis une zone saine, puis une nouvelle zone inflammatoire, qui s'étend jusqu'à la partie droite - Cette dernière zone inflammatoire parait s'arrêter brusquement.

Hémicolectomie droite, en coupant un peu à droite du point

d'arrivée de l'artère du colon transverse, qui était repérée sur l'artériographie - Anastomose termino-terminale - un plan nylon. Péritonisation à points séparés de nylon. Drain de Redon sous péritonéal - Paroi en un plan - Prélèvement biopsique sur la marge anale.

A l'ouverture de la pièce, on trouve les deux zones inflammatoires repérées et photographiées pendant l'intervention, mais on constate la présence d'une coulée de lésion, ulcérée, le long du bord mésentérique du colon transverse jusqu'au point de coupe, si bien qu'il n'est pas certain qu'on ait coupé en zone parfaitement saine. Examen histologique sur cette tranche de section".

Anatomie-pathologique : (Conclusions - Professeur T. CAULET).

"Il s'agit d'une maladie de Crohn. Il y a une atteinte iléale segmentaire sub-aigue granulomateuse avec atteinte colique ulcéro-granulomateuse. Le prélévement anal montre un fragment de muqueuse épaissie, une zone de métaplasie malpighienne, avec hyper-réactivité basale. Le chorion est souligné par une infiltration inflammatoire subaigue sans caractère bien précis".

Les suites opératoires sont simples, quelques semaines plus tard, le malade est mis sous corticoïdes (25 mg par jour de CORTANCYL), et il est revu régulièrement. L'état général est excellent, la reprise de poids est de 6 kilos en 6 mois.

L'évolution actuellement favorable, ne permet pas encore de juger du résultat thérapeutique.

Observation N° 7: Monsieur GOF...Roland, 39 ans.

Monsieur GOF... Roland , âgé de 39 ans , consulte la premiére fois le 12 Octobre 1969.

Dans ses antécédents, on ne retrouve qu'une intervention en 1950 pour polype vésical.

Ce sont des troubles diarrhéiques qui l'amènent à consulter : depuis dix ans environ, Monsieur GOF... se plaint de selles fréquentes et liquides, avec de nombreux glaires et quelquefois il ressent une sensation d'arrêt du transit, anomalie disparaissant avec des lavements aqueux. D'autre part, depuis quelques semaines, il vomit fréquemment : vomissements alimentaires et bilieux. Enfin, il accuse un amaigrissement de 6 kilos en quinze jours. Il n'y a pas de température et il ne ressent qu'une asthénie modérée.

L'examen initial retrouve une douleur diffuse de la fosse iliaque droite, sans masse palpable, et un ballonnement sous ombilical.

La rectoscopie est normale de O à 20 cms, et le lavement baryté permet de découvrir une image franchement anormale du coecum comme refoulé par une masse inflammatoire. Le transit du grêle réalisé quelques jours plus tard, retrouve des images typiques de maladie de Crohn, avec dernière anse étirée en ficelle sur 15 cm.

Ce malade, présentant un syndrome sub-occlusif intermittent, l'intervention est décidée d'emblée, avant que la sténose complète ne s'installe. Celle-ci est réalisée le 22 Novembre 1963 (Professeur Agrégé RIVES).

Compte-rendu opératoire :

"hémicolectomie droite avec résection étendue du grêle, emportant les groupes ganglionnaires atteints".

Anatomie-pathologique (Docteur LAURAIN).

"L'examen des différents prélévements, montre des lésions traduisant une iléite de Crohn. La muqueuse présente des altérations diverses : infiltration en battant de cloche, des villosités qui

sont infiltrées de cellules rondes et d'oedème. Le pôle apical de la villosité est assez souvent ulcérée, à d'autres endroits la muqueuse est atrophique, cicatricielle ; un important oedème accompagné de cellules mononuclées infiltre toutes les tuniques intestinales, provoquant à la fois un épaississement pariétal, un rétrécissement de la lumière. Les segments sus-lésionnels et l'appendice sont indemnes. On retrouve une image inflammatoire très comparable dans les ganglions et dans le méso. Il n'y a pas de lésion tuberculeuse".

Les suites opératoires sont simples, mais ce malade présente un délire hallucinatoire pendant 48 heures, rétrocédant sous EQUANIL, et LARGACTIL. Les mois suivants, l'état général devient tout à fait satisfaisant : le malade n'accuse que des selles toujours liquides, et au nombre de 2 par jour en moyenne.

Il consulte de nouveau le 16 Février 1966. A cette date, Monsieur GOF... est en bon état général, les selles liquides persistent.

Les différents examens biologiques sont sub-normaux : 4 540 000 globules rouges, 6000 globules blancs, 70 % de polynucléaires neutrophiles , la vitesse de sédimentation est normale. Les examens radiologiques ne retrouvent aucun signe de récidive.

Cependant, le tableau s'aggrave les semaines suivantes, les douleurs abdominales réapparaissent, la diarrhée s'aggrave, alternant avec des périodes de constipation.

Le lavement baryté met bien en évidence l'anastomose, et les quinze derniers centimètres du grêle ont une lumière rétrécie, avec aspect spiculaire des bords.

Radiologiquement, la récidive est certaine, et malheureusement depuis cette date, le malade n'a pas été revu.

Observation N° 8 : Mademoiselle GAN... Annie, née en I946

Mademoiselle GAN... Annie, I9 ans, ne présente dans ses antécédents, que des anthrax récidivants, lorsqu'elle consulte le 4 Septembre I965.

Ce sont une température permanente voisine de 38°, une diarrhée profuse (5 selles par jour) depuis 6 mois, sans glaires ni sang, un amaigrissement modéré, qui l'amènent à consulter. L'examen général est normal, la fosse iliaque droite indolore, sans masse palpable.

Le lavement baryté pratiqué ce jour même, ne découvre qu'une zone inflammatoire quivient comprimer la partie basse du coecum.

Un bilan biologique est effectué, le transit baryté du grêle prévu une semaine plus tard.

Biologiquement, il existe quelques anomalies : anémie à 3 000 000 globules rouges, polynucléose à 12 000 globules blancs dont 70 % de polynucléaires neutrophiles, vitesse de sédimentation à 13-35-88, examens coprologiques normaux.

Le transit du grêle découvre un obstacle au franchissement de la dernière anse intestinale avec dilatation modérée en amont d'une sténose et aspects spiculaires des bords.

Le diagnostic le plus vraisemblable étant celui d'une maladie de Crohn un traitement corticoïde (25 mg de CORTANCYL par jour) et antibiotique est immédiatement débuté.

Après un mois de ce traitement, un examen de contrôle est

effectué. Cliniquement, l'état s'est amélioré, mais discrètement, et le lavement baryté ne retrouve pas d'anomalie coecale. La valvule de Bauhin se laisse cette fois franchir, montrant une atteinte de l'iléon terminal, étendue sur 30 centimètres. Il existe de nombreux follicules hypertrophiés avec période d'hyperkinésie de lutte contre un obstacle très près de la valvule de Bauhin. La difficulté de passage persiste mais semble amélioré à 50 %.

L'amélioration est encore sensible les mois suivants jusqu'au 10 Décembre 1965, où Mademoiselle GAN... ressent pendant 48 heures, une douleur vive de la fosse iliaque droite, disparaissant spontanément sans température ni syndrome occlusif.

Par ailleurs, s'est développé un syndrome de Cushing thérapeutique, obligeant une diminution des doses de corticoïdes.

Un contrôle radiologique de la région atteinte, est effectué le 18 Décembre 1965 : il existe toujours un passage difficile au niveau de la dernière anse iléale, qui ne se laisse imprégner que pendant quelques dixièmes de seconde. On note une grosse amélioration du foyer situé avant la valvule de Bauhin avec persistance d'une masse inflammatoire de la région coecale.

Le diagnostic de maladie de Crohn envisagé devant l'aspect radiologique et de la dernière anse iléale, est confirmé par l'évolution et l'amélioration sous cortico-thérapie.

Depuis cette date, cette jeune fille va relativement bien, et elle n'a pas été revue.

Observation N° 9 : Madame BRI..., 77 ans

Madame BRI..., 77 ans, consulte le 14 Novembre 1964. Elle présente dans ses antécédents, une hystérectomie il y a plusieurs

dizaines d'années, et le 1 er Janvier I954, elle est opérée en urgence d'une occlusion avec température à 38°4 et douleurs de la fosse iliaque droite.

Le compte-rendu opératoire n'a pas été retrouvé, et nous avons notion qu'au cours de l'intervention, l'appendice était sain. Il existait une induration cartonnée, intéressant la partie terminale du mésentère. L'examen anatomo-pathologique concluait à une réaction inflammatoire aigue abcédée.

Il y eut vraisemblablement résection colique droite, comme le prouvent les lavements barytés ultérieurs.

Pendant 10 ans, Madame BRI... ne se plaint plus, et la nouvelle consultation est motivée par un syndrome sub-occlusif persistant pendant quelques jourset régressant sous traitement médical. Il n'y a pas d'altération de l'état général, ni température, les selles sont fréquentes depuis quelques années, l'examen ne retrouve aucune anomalie, l'abdomen est souple, dépressible, indolore, sans masse palpable.

Le transit baryté du grêle n'objective rien de particulier, si ce n'est qu'il est un peu ralenti, sans signe de sténose.

Le lavement baryté montre les séquelles de l'intervention de I954 : il a été pratiqué une hémicolectomie droite, avec vraisemblablement résection iléale. Cet examen est sensiblement normal.

Le 12 Avril I967, Madame BRI... présente un état général très précaire, avec amaigrissement important mais non chiffré, douleurs abdominales en barre sus-ombilicales et état sub-occlusif.

La palpation abdominale et l'examen général n'objectivent aucun signe évocateur.

dizaines d'années, et le 1 er Janvier I954, elle est opérée en urgence d'une occlusion avec température à 38°4 et douleurs de la fosse iliaque droite.

Le compte-rendu opératoire n'a pas été retrouvé, et nous avons notion qu'au cours de l'intervention, l'appendice était sain. Il existait une induration cartonnée, intéressant la partie terminale du mésentère. L'examen anatomo-pathologique concluait à une réaction inflammatoire aigue abcédée.

Il y eut vraisemblablement résection colique droite, comme le prouvent les lavements barytés ultérieurs.

Pendant 10 ans, Madame BRI... ne se plaint plus, et la nouvelle consultation est motivée par un syndrome sub-occlusif persistant pendant quelques jours et régressant sous traitement médical. Il n'y a pas d'altération de l'état général, ni température, les selles sont fréquentes depuis quelques années, l'examen ne retrouve aucune anomalie, l'abdomen est souple, dépressible, indolore, sans masse palpable.

Le transit baryté du grêle n'objective rien de particulier, si ce n'est qu'il est un peu ralenti, sans signe de sténose.

Le lavement baryté montre les séquelles de l'intervention de I954 : il a été pratiqué une hémicolectomie droite, avec vraisemblablement résection iléale. Cet examen est sensiblement normal.

Le 12 Avril I967, Madame BRI... présente un état général très précaire, avec amaigrissement important mais non chiffré, douleurs abdominales en barre sus-ombilicales et état sub-occlusif.

La palpation abdominale et l'examen général n'objectivent aucun signe évocateur.

Le transit baryté du 20 Avril 1970, permet de bien voir l'anastomose. Juste en amont, on découvre deux segments rétrécis de chaque côté d'une zone diverticulaire et dilatée.

Quant à l'évolution de cette malade, elle est actuellement favorable sous corticothérapie.

Observation N° 10 : Monsieur WIN... Raymond, 37 ans

Monsieur WIN..., 37 ans, a été soigné en 1958 et 1966, pour un prolapsus hémorroidaire. Le 24 Aout 1966, à l'occasion d'une rectoscopie, le Docteur SEGAL découvre, outre les lésions locales connues, des filets de sang provenant d'amont. A la même époque, le malade se plaint de douleurs abdominales diffuses, sans altération de l'état général ni température, de selles plutôt liquides sans glaires ni diarrhée nette. La présence de sang provenant d'un segment situé au-dessus de la charnière recto-sigmoidienne, impose des investigations radiologiques.

Le lavement baryté effectué le 1 er Septembre 1966, montre une mauvaise ampliation du coecum, avec aspect anormal de la valvule iléo-coecale et réaction inflammatoire de tout le colon droit. Plusieurs diggnostics sont envisagés: tuberculose iléo-coecale, maladie de Crohn, réaction inflammatoire de voisinage sur appendicite.

Une semaine plus tard, le transit baryté du grêle ne permet pas de poser avec certitude le diagnostic. L'aspect de la dernière anse grêle, sans être typique, serait plus évocateur d'une maladie de Crohn, mais le diagnostic de tuberculose iléo-coecale ne peut être écarté, et pour cette raison, un traitement anti-tuberculeux de 1 mois est entrepris.

Après un mois de ce traitement, l'amélioration clinique est

nulle, et l'aspect radiologique des segments atteints identique. Le diagnostic de maladie de Crohn semble probable, et l'intervention cirurgicale envisagée.Elle a lieu le 10 Novembre 1966 (Docteur MATHIS).En voici le compte rendu:

"Epaissement de la paroi des 10 derniers centimétres du grêle. La transition avec le jéjunum sain est rapide, et les lésions s'arrêtent au niveau de la valvule de Bauhin, le coecum est apparemment sain, le reste du grêle apparemment normal.Larésection porte à 10 centimétres en amont sur le grêle et à la partie moyenne du colon ascendant.Anastomose termino-terminale.

L'anatomie pathologique est formelle: (Docteur MARTIN).

"Trés intense iléite ulcéreuse terminale à la fois granulomateuse et lymphoïde, atteignant tous les plans de la paroi et qui correspond à la description schématique de la maladie de Crohn".

A la suite de l'intervention ,l'amélioration clinique n'a été que passagére, et fin Janvier 1967, réapparait la diarrhée qui devient beaucoup plus intense jusque Janvier 1968. En même temps, l'état général se dégrade, l'asthénie augmente et des douleurs abdominales beaucoup plus vives apparaissent.Différents examens radiologiques pratiqués pendant cette période sont normaux.

Fin Janvier 1968, Monsieur VIN...a de 10 à 20 selles par jour, un ballonnement permanent, des douleurs abdominales très intenses. De nouveau, les examens radiologiques ne permettent pas de mettre en évidence de récidive,pourtant presque certaine cliniquement. L'évolution depuis cette date est inconnue.

Observation N° 11: Madame LEO... Pierrette, née en 1939.

Madame LEO... Pierrette, 30 ans, mére de 2 enfants, a subi une appendicectomie en 1962, et deux ans plus tôt, en 1960, elle a été soignée pour un érythème noueux d'étiologie inconnue.Depuis cette date ,réguliérement suivie par son médecin traîtant, elle présente une vitesse de sédimentation élevée, voisine de 50 mm à la premiére heure, des troubles dyspeptiques et un ballonnement abdominal permanent, soulagé par l'émission de gaz.

Devant cette symptomatologie différents examens radiologiques ont pratiqués; le 26 Novembre 1969, le lavement baryté montre un coecum qui se distend mal, et la derniére anse grêle présente des lésions identiques à celles décrites par BODART, imposant le diagnostic de maladie de Crohn; confirmé huit jours plus tard par le transit du grêle.

Le traitement cortisonique est débuté en Janvier 1970, et jusqu'à présent aucun trouble n'est survenu.Le recul est insuffisant pour juger de l'évolutivité de la maladie; actuellement l'état général est satisfaisant et les troubles ont considérablement régressé.

Observation N° 12: Monsieur PIO... Robert, 30 ans.

Monsieur PIO... Robert,30 ans, consulte pour la premiére fois le 17 Août 1968.Il ne présente aucun antécédent particulier, et le début des troubles remonte au dernier jour d'Avril 1968, quand il fait un meloena de faible abondance.Le 3 Mai,il émet des selles contenant des filets de sang rouge.

Il consulte pour des douleurs abdominales vives, de siége sous-ombilical,diffuses,soulagées par l'émission de selles et de gaz.L'amaigrissement est récent:1,5 kilos en une semaine.Il existe une diarrhée

(6 selles par jour),l'asthénie est discrète et le fébricule vespéral n'est pas retrouvé.L'examen clinique,est tout à fait normal,et les investigations radiologiques débutent par un transit oeso-gastro-duodénal,montrant un bulbe douteux,sans image de niche.

Biologiquement, on ne retient qu'une poly-nucléose à IO 000 globules blancs, avec 80 % de neutrophiles sans anémie.La vitesse de sédimentation est à 7I à la première heure.

Le transit du grêle et le lavement baryté paraissent normaux et un traitement associant GANIDAN, VITAMINE C., EXTRAIT DE FOIE et BISMUTH, lui est prescrit.

Ce traitement ne le soulage pas, et après un mois, les anomalies cliniques et biologiques persistent.

Une rectoscopie montre alors une fissure anale au pôle supérieur, alors que l'aspect endoscopique du rectum n'a rien de caractéristique. Un nouveau traitement peu différent est de nouveau prescrit pendant un mois sans plus de succès.

Fin Octobre I968, ce malade accusait donc une diarrhée, des douleurs abdominales, et une altération considérable de l'état général, comme en témoigne l'électrophorèse des protéines plasmatiques dont le taux est à 53,5 grammes par litre. La vitesse de sédimentation reste élevée à 84-112, la polynucléose a régressé à 8700 globules blancs, alors qu'une discrète anémie à 3 600 000 globules rouges est apparue.

Le 26 Octobre, un nouveau transit du grêle est toujours normal, et quelques jours plus tard, le lavement baryté montre un état extrêmement sévère du transverse et même du colon gauche avec un processus qui ne ressemble pas à celui d'une rectocolite hémorra-

gique et purulente. Trois diagnostics sont néanmoins envisagés :

- rectocolite hémorragique
- Crohn à localisation colique sans atteinte iléale.
- Tuberculose iléo-coecale.

De ces trois diagnostics, celui de maladie de Crohn est retenu, devant l'état clinique et l'aspect radiologique, et un traitement cortisonique est entrepris : CORTANCYL : 20 mg par jour, associé à des désinfectants intestinaux : SALAZOPYRINE, GANIDAN.

Cette thérapeutique a une action remarquable sur l'état général, et un contrôle clinique, biologique et radiologique un mois plus tard, objective cette amélioration moins nette néanmoins, radiologiquement que biologiquement.

Un nouveau contrôle effectué 6 mois plus tard, montre un excellent état clinique, tandis que le lavement baryté retrouve trois localisations. La première : sigmoïdienne peu importante, le segment transverse est le plus atteint et l'atteinte coecale est manifeste.

En novembre 1969, ces lésions ont régressé, le foyer sigmoïdien semble avoir disparu, les lésions du colon transverse et coecales, sont stationnaires.

Un an et demi après la découverte des lésions, ce malade est en bon état général, et il semble qu'il soit préférable de reculer l'échéance du traitement chirurgical, étant donné l'étendue des lésions qui nécessiterait une colectomie totale avec anastomose iléo-rectale.

Par ailleurs, le médecin traitant de Monsieur PIO... a été frappé par la similitude des troubles que présentait le père du

malade décédé il y a quelques années, et chez qui aucun diagnostic n'avait été porté. Selon le médecin de famille, les tableaux cliniques étaient absolument identiques.

Observation N° 13 : Madame THI... Paulette, née en 1923

Madame THI... Paulette, 37 ans, consulte le 29 Juin 1960, pour des douleurs abdominales violentes, évoluant depuis un an, apparaissant une à deux fois par an, avec sensation de plénitude abdominale, état nauséeux, parfois quelques vomissements, cette symptômatologie disparaissant avec l'émission de selles plutôt liquides. Ces épisodes douloureux durent en moyenne 2 ou 3 heures.

Ces 6 derniers mois, cette symptômatologie a considérablement augmenté, les douleurs sont plus tenaces, de même intensité.

Ces quatre derniers jours, la malade accuse un malaise général avec température à 39°6.

A l'examen, l'abdomen est un peu ballonné, tendu et douloureux, surtout à sa partie basse. Le toucher vaginal permet de sentir une masse douloureuse en arrière et à droite de l'utérus qui est de taille normale.

Le premier diagnostic envisagé est celui d'une affection annexielle, d'autant plus que la malade dit que ses troubles sont survenus à la suite d'une infection gynécologique du post partum.

De cet examen , une intervention est décidée pour le lendemain. En attendant, la malade reçoit antibiotiques et glace sur le ventre. L'intervention a lieu le 30 Juin 1960 (Docteur MATHIS).

"Incision médiane sous-ombilicale. On trouveune certaine inflammation du péritoine, et très peu de liquide séreux, unpeu louche. La tuméfaction que l'on percevait en arrière et à droite

de l'utérus n'était pas annexielle (la trompe et l'ovaire droits, de même que l'utérus sont tout à fait normaux), mais iléale.

Il existe en fait d'importantes altérations de l'intestin grêle dans ses 40 derniers centimètres. On trouve d'abord un épaississement qui va en s'accentuant vers la valvule de Bauhin. Dans les 20 derniers centimètres, c'est une infiltration cartonnée qui rétrécit la lumière et rend compte de la dilatation du grêle au-dessus. Dans le méso, une adénopathie d'aspect inflammatoire, et lors de la libération, un petit abcès près du bord mésentérique de l'intestin se rompt. Toutes ces lésions siègent à droite de la terminaison de la mésentérique supérieure. Elles n'intéressent pas le coecum. Au dessus, on ne sent rien de semblable.

Il parait s'agir d'une iléite terminale. Etant donné l'extension des lésions, on doit pratiquer une résection iléo-colique. Le grêle est sectionné en zone saine, le colon droit au-dessus de l'angle et en zone bien vascularisée. La lumière colique est particllement anastomosée en termino-terminale au grêle (suture en un plan de lin à points séparés avec pour plan postérieur, un surjet muqueux en plus). Péritonisation au lin. Fermeture sans drainage. Paroi catgut chromé. Nylon. Nylon sur la peau.

A la coupe de la pièce, on trouve dans la partie haute, des lésions bien individualisées en plusieurs loges ulcéreuses, qui paraissent toucher les plaques de Peyer. Plus bas, la paroi est plus épaissie, la muqueuse n'est pas ulcérée,mais elle est comme frisée. Photo per-opératoire de la pièce.

L'examen anatomo-pathologique était formel (Dr. LAUMONIER).

"Iléo-colectomie : trois tronçons iléaux ont été examinés

La muqueuse est interrompue en plusieurs endroits, par les ulcérations qui mettent à nu une sous-muqueuse très remaniée. Cette tunique prend les caractères d'un granulome : elle est enduite de dépôts fibrino-leucocytaires. Elle est ponctuée d'ilôts inflammatoires inégaux, tantôt lymphoïdes, tantôt histiocytaires, avec quelques macrophages multinucléés. On observe des images de stase lymphatique. En contraste avec ce délabrement de la sous muqueuse, les plans musculaires sont relativement peu modifiés. Par contre, la sous séreuse et le méso subissent une scléro-lipomatose et surtout une infiltration par les îlots lymphoides. Le ganglion mésentérique est surtout remarquable par la distension de ses sinus.

Cet ensemble de faits caractérise une iléite régionale de type Crohn à stade évolué ulcéro-granulomateux".

Les suites opératoires ont été très simples, Madame THI... est sortie rapidement, l'amélioration est considérable avec reprise de poids, les selles sont sub-normales.

Elle a été revue en 1967 à l'occasion d'un stripping de la jambe droite età cette date elle ne présentait aucune symptômatologie digestive.

En novembre 1969 l'état général de cette malade était parfait.

Opérée depuis 10 ans Madame THI... est en excellent état général et il n'existe aucun signe suspect de récidive.

Observation N° 14 : Monsieur MAU... Serge, 28 ans

Monsieur MAU... Serge ne présente aucun antécédent lorsqu'il consulte le Docteur MATHIS le 1 er Mars 1966. Il se plaint alors de crampes épigastriques durant 2 à 3 heures et se terminant par une débacle diarrhéique, calmant la douleur. Ces crises se renouvellent

régulièrement 5 à 6 fois depuis 1 an. Le 28 Février 1966 à 15 h début d'une crise douloureuse beaucoup plus intense et persistante avec température à 40. Son hospitalisation est décidée et à l'examen, le palper abdominal, retrouve une tumeur de la fosse iliaque droite mal délimitée sensible. Le toucher rectal trouve un empâtement du cul de sac de Douglas sans caractère particulier. Un traitement antibiotique (Néomycine) est entrepris et tout rentre dans l'ordre, la température chute, le syndrome douloureux s'estompe.

La radiographie du colon pratiquée quelques jours plus tard montre au niveau du coecum une zone inflammatoire assez importante sans autre caractère spécifique. Le transit du grêle donne une impression de compression extrinsèque du coecum et de la dernière anse iléale, celle-ci en effet semble faire le tour d'une masse très mobile et le diagnostic de bacillose iléo-coecale est envisagé.

Puisque ce malade se trouvait en bon état général, ne souffrait plus , il quitte le milieu chirurgical et refuse la surveillance qui lui est proposée.

Il n'est revu que le 2 Mars 1969 et à cette date il avoue avoir été très amélioré pendant 1 an puis peu à peu sont réapparues des douleurs accompagnées de nausées et de diarrhées. Ces crises espacées tous les deux mois à l'origine sont actuellement de plus en plus fréquentes. Il n'y a pas d'amaigrissement ni de température.

Le lavement baryté montre un effilement de la dernière anse grêle et il est opéré le 19 Mars 1969 (Docteur MATHIS) "incision médiane, la cavité abdominale est parfaitement libre avec seulement quelques adhérences de l'épiploon au coecum. On trouve à ce niveau une tuméfaction inflammatoire qui déborde sur les 5 ou 6 derniers

centimètres de l'iléon. Il existe de plus deux autres foyers à 30 et 50 cms, très limités, (et deux ulcérations visibles, seulement après ouverture de la pièce). Le reste de l'intestin grêle est tout à fait normal. Au total il s'agit d'une maladie de Crohn localisée au coecum et aux 50 derniers cms de l'intestin grêle. Celui-ci est assez court mais on laisse environ 1,20 m.

Résection iléocolique. Anastomose un plan nylon. Péritonisation complète en avant et en arrière à points séparés. Pas de drainage. Paroi un plan nylon. Trinyl sur la peau.

Examen histologique. Anatomie-pathologique (Dr. MARTIN). Macroscopiquement : pièce longue de 48 cms présentant au niveau de la zone valvulaire une sténose d'allure tumorale longue de 6 cms et où la paroi atteint 15 mm d'épaisseur. On retrouve à ce niveau une intrication d'ulcérations et de végétations pseudopolypoides. La muqueuse colique a une morphologie sensiblement normale, le bas fond coecal est complètement rétracté et l'appendice conserve une morphologie normale, deuxième zone de sténose située à 10 cms en amont, avec deux ulcérations à bords légèrement décollés, rondes, de 8 à 10 mm de diamètre. Troisième sténose 8 cms plus haut avec deux ulcérations rondes et de même diamètre. Quatrième sténose à 6 cms au-dessus avec une longue ulcération fissuraire et une cinquième sténose à 10 cms au-dessus avec plusieurs ulcérations.

Histologie (conclusions)

Il s'agit donc d'une iléite avec très discrète colite ulcéreuse granulomateuse pseudopolypoide et fissuraire qui présente donc tous les caractères d'une maladie de Crohn avec comme particularité un aspect particulièrement net de la muqueuse entre les zones de sténose.

Dans la mesure ou aucun traitement antituberculeux n'était mis en oeuvre chez ce malade on peut être à peu près sûr qu'il s'agit ici d'un syndrome de Crohn.

Depuis l'intervention le malade va bien, ne présente plus aucune anomalie digestive.

=-=-=-=-=-

LE TABLEAU CLINIQUE DE LA MALADIE DE CROHN

La maladie de Crohn se rencontre à fréquence à peu près égale dans les deux sexes.

JOURDE, dans sa thèse, sur plus de 600 malades, compte 52 % d'hommes et 48 % de femmes. L'âge des malades est le plus souvent compris entre 20 et 30 ans (31 % des cas), puis entre 10 et 20 ans (18 %).

Dans notre série personnelle, les deux extrêmes sont 17 et 67 ans, avec un âge moyen de 38 ans, nettement au-dessus des chiffres habituels. Trois de nos malades ont vu apparaitre leurs troubles après 50 ans, dont deux femmes, alors que notre série n'en comporte que cinq pour neuf hommes. Selon A. VARAY, 76 % des maladies de Crohn apparaissent chez des malades âgés de 20 à 40 ans.

La maladie de Crohn n'a pas de terrain de prédilection. Des formes familiales ont été décrites depuis ces dernières années.

CATTAN, en 1964, citait 89 familles où plusieurs membres étaient atteints. Le tableau ci-dessous précise les cas familiaux de P. SCHERLOCK et collaborateurs. D'autres auteurs américains et CATTAN lui-même, ont associé leurs cas.

RELATIONS	NOMBRE DE FAMILLES	CROHN et COLITE ULCEREUSE
Parent, un enfant	16	2
Parent, plusieurs enfants	2	2
Deux collatéraux	18	2
Trois collatéraux	4	2
Quatre collatéraux	O	1
Jumeaux homozygotes	5	O
Jumeaux hétérozygotes	2	O
Parents éloignés	9	5
Mari et femme	O	O

Dans notre cas nous n'avons aucune forme familiale et l'observation N° 12 nous parait intéressante. Le père du malade fut soigné pendant les dernières années de sa vie, pour une diarrhée chronique, et il présentait une symptômatologie identique à celle du malade, chez qui la maladie de Crohn, sans être prouvée histologiquement, est plus que probable devant l'aspect clinique, biologique et radiologique de l'affection.

La répartition géographique de la maladie est très variable selon les pays. Classiquement, les sémites seraient atteints plus fréquemment que les ariens, l'affection serait "inconnue" chez les noirs. Les statistiques américaines font état d'un grand nombre de cas, et en Belgique il semble que la maladie soit beaucoup plus fréquente qu'en France.

Même en France, la maladie est plus ou moins rare selon les régions, et en I964, il n'existait qu'un seul cas connu en Bretagne. Il est intéressant de noter que de nos quatorze obser-

vations, 10 sont originaires du Nord des Ardennes ou de l'Aisne
quelques kilométres de la Belgique.

LE MODE DE DEBUT

Le mode de début de la maladie de Crohn est généralement insidieux
t progressif.Les formes se révélant brutalement semblent être le
ait d'une complication d'une iléite évoluant à bas bruits depuis
n temps plus où moins long.Le plus souvent, la diarrhée améne le
alade à consulter.Il s'agit d'une diarrhée faite de trois à dix
elles par jour,six en moyenne dans la forme classique.Elle est
ésistante aux traitements habituels et évolue le plus souvent de-
uis plusieurs mois quand le malade consulte.

Parallélement, le malade accuse un amaigrissement souvent im-
ortant, quelquefois modéré, une asthénie et un malaise général.

Parfois associé à la diarrhée et à l'amaigrissement, le malade
plaint de douleurs abdominales, de la fosse iliaque droite ou dif-
ses, permanentes, classiquement plus vives à la fin de la nuit.

Un de nos malades illustre bien cette forme douloureuse de
maladie :Obs. N°6. Monsieur VIO...,66ans, se plaint depuis plu-
eurs semaines de douleurs sous ombilicales permanentes, trés vives
la fin de la nuit entre 4 et 7 heures, sans amaigrissement, diarrhée
température.

Enfin rarement un fébricule vespéral n'est pas retrouvé.

Plusieurs de nos observations illustrent le mode de début clas-
que de la maladie de Crohn.

bservation N°8: Made moiselle GAN... Annie, 19 ans consulte en eptembre 1965, pour une diarrhée évoluant depuis 6 mois, faite de selles par jour en moyenne, sans glaire ni sang.L'amaigrissement st net mais non chiffré. Il existe un fébricule vespéral voisin de 8° depuis le début des troubles du transit. Les douleurs sont ab-entes et la fosse iliaque droite normale et indolore à la palpa-ion.

bservation N° 5 : Madame CLA... Lucienne, 50 ans, est amenée à onsulter pour des troubles digestifs, évoluant depuis plusieurs nnées, aggravés ces derniers mois.

Depuis l'aĝe de 30 ans, les selles sont pâteuses et de-inrent récemment diarrhéiques (4 à 5 par jour). Depuis quelques emaines, elle présente une température permanente, voisine de 39°, vec anorexie, amaigrissement très important aux dires de la ma-ade, mais non chiffré.

Mais si ce mode de début est le plus classique, il n'est pas are queles malades viennent consulter pour des symptômes très dif-érents. Les formes avec constipation sont connues, et dans l'obser-ation N° 2, la diarrhée, l'amaigrissement, et la température sont bsentes.

Le méloena n'est pas exceptionnel, comme entémoigne l'ob-ervation n° 12 : Monsieur PIO... Robert, 30 ans, fait pendant 3 ours , quatre mois avant de consulter, un méloena suivi quelques ours plus tard d'enterrorragies de sang rouge.

Pour Monsieur WIN..., 37 ans, le premier signe a été des ectorragies, et la rectoscopie a montré des filets de sang pro-enant de lésions situées en amont.

Les maladies de Crohn, débutant par des ennuis proctologiques, sont fréquentes dans notre série : 4 malades ont été opérés d'hémorroides et 2 ont été traités pour une fissure anale.

Dans l'observation N° 1 : les troubles anaux sont apparus plus de dix ans avant que le diagnostic de maladie de Crohn soit affirmé. Le malade consulte le 20 Avril 1969, et l'interrogatoire retrouve en 1952, une intervention pour "hémorroïdes" selon la méthode de WHITEHEAD, compliquée secondairement de rétrécissement anal. En 1957, cette lésion est telle que son anus est mis au repos par une colostomie gauche de dérivation, et ce second acte fait apparaitre une fistule au niveau de l'anus iliaque. Le jour de sa consultation, le transit a repris par les voies normales, mais le rétrécissement anal persiste, et l'aspect endoscopique du rectum est anormal. Les lésions de rectite sont très importantes, sans aspect spécifique.

Le jeune BOU... Alain, dans l'observation N° 6, a vu ses troubles proctologiques apparaitre environ un an avantla diarrhée. En 1967, il est opéré pour des hémorroides et l'amélioration n'est que passagère. L'année suivante, apparait une fissure anale, et il est de nouveau opéré. En 1969,la diarrhée, l'amaigrissement et l'aspect radiologique de son tube digestif sont évocateurs d'un Crohn qui est secondairement prouvé histologiquement.

Dans ces deux cas, les biopsies rectales et anales furent négatives mais volontairement superficielles. L'atteinte rectale et anale est donc probable, tendant ainsi à confirmer une statistique américaine récente décrivant une atteinte rectale dans 2[illegible] des cas. Chez certains malades présentant des affections ano-rectales

rainantes et récidivantes. Le lavement baryté précoce et le tran-
it baryté du grêle permettraient de faire le diagnostic beaucoup
lus tôt, et la thérapeutique en serait plus facile, peut être plus
fficace.

A MALADIE DE CROHN A LA PERIODE D'ETAT :

Après quelques mois d'évolution, une ou plusieurs poussées,
e constitue le tableau clinique de la maladie à la période d'état.
ce stade, le diagnostic peut être envisagé sur les renseignements
liniques, associant diarrhée, amaigrissement, fièvre, douleurs
bdominales, et palpation du "boudin" de la fosse iliaque droite.

La diarrhée est le maître symptôme.

Depuis la phase de début, la diarrhée a gardé les mêmes carac-
éristiques: 6selles par jour, en moyenne, de prédominance diurne,
on influencée par l'alimentation, insensible au traitement. Elle
st isolée, sans glaire ni sang, ne s'accompagne ni de ténesme ni
'épreinte. Bien souvent, elle est ancienne, et ces malades n'y ont
ttaché d'importance primordiale. Trois de nos malades présentaient
ne telle symptômatologie.

Observation N° 3 : Monsieur HIR... Gilbert, se plaint de-
uis son retour d'AFRIQUE DU NORD, en 1956, de diarrhée chronique
ise sur le compte d'une infection parasitaire. Lorsqu'il consulte,
l présente depuis quelque mois, en moyenne 3 selles par jour, non
oulées, et sur ce fond diarrhéique, survient de temps à autre, des
pisodes de 5 à 6 jours, où il compte 8 selles, toutes fécales, sans
ang, ni épreintes, ni faux besoins.

Observation N° 6 : Monsieur OU... Alain, 17 $\frac{1}{2}$ ans présen
ait depuis deux ans, une diarrhée chronique, 6 à 7 selles par

our, de couleur jaunâtre, sans glaires ni sang, survenant à
'acmé des douleurs et les atténuant.

Observation N° 8 : Mademoiselle GAN... Annie, I9 ans, se laint, lorsqu'elle consulte, de diarrhée, 5 selles par jour depuis 6 mois. Les selles sont de couleur normale, et cette jeune alade n'accusait ni épreintes, ni faux besoins.

Les douleurs abdominales

Les douleurs abdominales font rarement défaut à ce stade de a maladie. Leur type, leur siège, leur intensité, sont très variables selon les malades et le siège anatomique des lésions. Elles ont le plus souvent vagues, diffuses, non rythmées par les repas t les défécations, classiquement plus intenses à la fin de la nuit. uelquefois, elle siègent uniquement dans la fosse iliaque droite, n dedans du point de Mac Burney. Cattan pense que les douleurs se odifient au cours de l'évolution de la maladie de Crohn, et il affirme "dès que le processus cicatriciel débute le caractère paroxystique, la localisation étroite, l'intensité, traduisent d'une façon ssez fidèle la tendance sténosante". A propos de ces douleurs, deux e nos malades les décrivaient différemment : elles étaient de iège épigastrique, à irradiation volontiers postérieure, non rythées par les repas, peu évocatrices d'un syndrome ulcéreux : les radiographies gastro-duodénales, sans montrer d'image de niche en taient néanmoins suspectes (Observation N° 6, N° 12)

L'amaigrissement

L'amaigrissement est le signe qui inquiéte le plus souvent e malade, et l'amène à consulter. Il peut être très important, quel-

quefois modéré, mais toujours retrouvé, généralement proportionnel
l'atteinte anatomique. Dans notre observation N° 4, le malade a
perdu 9 kilos en 6 mois. Monsieur GOF... (N°7) présentait une diar-
rhée depuis plusieurs années, et nous dit avoir perdu 6 kilos en
quinze jours ; le jeune BOU... Alain (Observation N° 6) a vu son
poids chuter de 5 kilos en quelques semaines.

La fièvre

La fièvre est retrouvée fréquemment dans notre série. Crohn
la note dans un tiers des cas et Cattan une fois sur quatre. Le
plus souvent, elle est permanente, voisine de 38, 39 le soir, un
peu plus basse le matin, résistante aux désinfectants digestifs,
chutant avec la fin de la poussée de la maladie.

Observation N° 5 : Madame CLA... Lucienne, 50 ans, présente,
lorsqu'elle consulte : diarrhée, amaigrissement ,anorexie et tem-
pérature voisine de 39, sans qu'aucun foyer infectieux n'ait pû
être retrouvé à l'examen clinique.

Mademoiselle GAN... (observation N° 8), I9 ans, présentait
chaque jour depuis 6 mois, un fébricule modéré, aux alentours de 38,
ne cédant pas sous traitement antituberculeux.

Dans quelques cas, cette fièvre apparait par périodes, le
plus souvent elle est permanente, s'accompagnant de perturbations
considérables des tests inflammatoires et quelquefois révélatrice
de la maladie (BOCKUS 111 cas sur 542).

Les manifestations cliniques associées

Les manifestations cliniques associées peuvent être nom-
breuses et atteignent différents organes, peau et appareil cuta-
no-muqueux, articulations, autres organes digestifs et les troubles

sychiques ne sont pas exceptionnels.

Des manifestations cutanées, l'érythème noueux est l'affec-
ion la plus intéressante, reconnue et décrite depuis longtemps
ans la mdladie de Crohn. Notre observation N° 11 l'illustre par-
aitement. Madame LEO... Pierrette a présenté à l'âge de 21 ans
960), un érythème noueux typique et depuis cet épisode, sa vi-
esse de sédimentation est restée constamment accélérée, lorsqu'en
969, elle développe une iléite de Crohn typique radiologiquement.

Mademoiselle GAN... Annie, I9 ans, a présenté quelques mois
vant qu'apparaisse toute la symptômatologie digestive, des anthrax
écidivants pour lesquels le traitement antibiotique ne fut pas d'une
fficacité remarquable.

On a décrit également, précédant ou associés à une maladie
e Crohn, des eczémas, des manifestations allergiques, des zonas.

Aucun de nos malades n'a présenté de manifestations articu-
aires. Selon Van Patter, on retrouverait ces atteintes dans 4,5 %
s cas, Crohn les retrouve dans I7 cas sur 542. Le tableau clinique
alisé est celui d'une atteinte fluxionnaire des diverses jointures,
utôt les grosses articulations, alors que les autres semblent
re épargnées. Ces atteintes ne se reproduisent plus sous trai-
ment et après exérèse chirurgicale de la lésion digestive.

Les autres anomalies digestives sont suspectées chez deux de
s malades, dont le bulbe, sans montrer de niche ou d'image carac-
ristique, était suspecte d'ulcus. Les auteurs américains retrouvent
équemment l'association : maladie de Crohn, ulcus gastro-duodénal :
% des cas selon Van Patter, 10 % selon COOKE.

Chez un de nos malades (Observation N° 4), la maladie de rohn était associée à une lithiase vésiculaire et Cattan retrouve ette association dans 4 cas sur 35.

L'association maladie de Crohn, endocrinopathie, semble eaucoup plus rare. Une de nos malades (Observation N° 5) a présenté, ans après le début clinique de son affection, une hyperthyroidie ertaine, traitée avec un excellent résultat par l'Iode radioactif.

Enfin, un terrain psychique de la maladie de Crohn est ra- ement retrouvé à la différence de la rectocolite hémorragique. Ce- endant, trois de nos malades présentaient une "note psychiâtrique" lus ou moins marquée, mais cependant certaine.

Monsieur GOFF... (observation N° 7), opéré le 23 Novembre 963, a présenté les jours suivants, un délire et des hallucinations mportantes, régressant facilement sous traitement.

Le jeune BOU... Alain, 17 ½ ans, candidat bachelier, fils hique, présentait une personnalité très renfermée, réagissant mal son état, et ses activités pendant son séjour hospitalier furent oin d'être celles d'un étudiant.

Notre troisième malade, Monsieur WIN... Raymond, 37 ans observation N° IO) a développé des troubles psychiques à la suite e sa maladie : ce malade était un grand inquiet, avait des angois- es fréquentes, toute symptômatologie disparaissant avec l'amélio- ation de son état clinique.

L'examen clinique

L'examen clinique, s'il est pauvre à la période de début e la maladie, peut être beaucoup plus riche à la période d'état. e temps essentiel de l'examen en sera le palper abdominal soigneux,

os

t dans les cas les plus favorables, il sera possible de sentir le boudin de la fosse iliaque droite", correspondant à la dernière nse intestinale tuméfiée. Cette anse, généralement sensible à a palpation, a une forme ovalaire, de la taille d'une orange, occu- ant la presque totalité de la fosse iliaque.

Dans nos observations, cette tumeur ne fut pas retrouvée, out au plus, Monsieur GOFF... (Observation N° 7) présentait un npâtement mal délimité de la fosse iliaque droite et de l'hypochondre roit, sensibles à la palpation. La palpation abdominale et les tou- ers pelviens rechercheront les fistules internes ou externes, qui plus souvent, ne seront découvertes qu'à l'examen radiograph[illegible] à l'intervention.

LES FORMES AIGUES DE LA MALADIE DE CROHN

Les formes aigues de la maladie de Crohn sont souvent des ormes compliquées. En fait il s'agit de maladie de Crohn évoluant epuis plusieurs mois ou années à bas bruit en général, se compli- uant secondairement et prenant un tableau d'urgence chirurgicale. rois formes aigues sont classiques : forme pseudo-appendiculaire, orme péritonéale, forme occlusive. Les formes pseudo-appendiculaires mblent survenir plus précocément au cours de l'évolution de la aladie, souvent même avant que le diagnostic de maladie de Crohn it posé. Très précocement les auteurs se sont penchés sur ces rmes et Crohn lui-même retrouve dans 21,4 % des cas une cicatrice appendicectomie récente, JADOT et CHANOINE dans 23 % des cas, VIN et JOHNSTON dans 27,1 % des cas.

Le tableau clinique de ces formes est très voisin de celui l'appendicite aigue du sujet jeune. Cependant la douleur siège néralement un peu en dedans du point de Mac Burney, la palpation dominale retrouve dans les cas les plus favorables le boudin de fosse iliaque droite, il n'y a pas de contracture, la constipa- on a fait place à la diarrhée typique de la maladie de Crohn. L'hy- rthermie de ces formes est analogue à celle de l'appendicite vraie, pouls est un peu rapide.

Ce tableau suspect d'appendicite oblige le chirurgien à in- rvenir une fois sur 5 comme nous le montrent les statistiques et plus souvent à ventre ouvert l'appendice parait sain et l'appen- ectomie dangereuse depuis que les auteurs ont retrouvé des fis- es dans 25 à 30 %. La palpation du mésentère et de la dernière

nse grêle retrouve une infiltration cartonnée avec aspect rigide
e la dernière anse grêle. De nombreuses adénopathies sont palpa-
les dans le mésentère. C'est dans ses formes que l'infiltration
ovocainique de mésentère a donné les résultats les plus specta-
ulaires.

Les formes péritonéales de la maladie de Crohn sont rares.
lles sont dûes à la perforation en péritoine libre et donnent le
ableau clinique et biologique de toute péritonite, exceptionnelle-
ent le tableau est batard associant douleurs abdominales, arrêt
es matières et des gaz, fièvre, le tout évoluant pendant plusieurs
ours sans prendre une allure inquiètante. Les perforations de la
aladie de Crohn sont beaucoup plus fréquentes dans un organe creux
t donnant alors des fistules internes à point de départ iléal le
lus souvent. Crohn en a décrit 95 fois sur 542. Ce peut être
es fistules iléo-coecales, iléo-coliques, iléo-iléales, iléovési-
ales. Mais on peut voir également des fistules recto-sigmoidiennes
omme CATTAN a pu en observer 4 cas. Dans notre série nous avons
etrouvé une fistule en péritoine libre. Fréquemment le diagnostic
'est fait qu'avec la radiologie ou à l'intervention, les modifica-
ions de la symptômatol gie étant trop discrètes pour les suspec-
er. Cependant CATTAN pe que les "fistules recto-sigmoidiennes ne
oivent pas être une surprise opératoire". Trois de ses malades
vaient vu leur symptômatologie se modifier avec apparition d'un
yndrome de Koenig dans le premier cas, douleurs post-prandiales
iolentes, hypogastriques dans le second, émission abondante de
az avec épreintes et ténesme dans le 3 ème. Ce diagnostic était
ffirmé par le lavement baryté.

Les lésions anales et rectales décrites comme formes de
ébut fréquent de la maladie de Crohn ne sont qu'un témoigna
e de l'évolutivité de la maladie, Les lésions rencontrées sont
ariables, de la fissure anale simple aux fistules ano-rectales
. Les formes occlusives sont beaucoup plus fréquentes et
otre série comporte quatre états occlusifs et sub-occlusifs dont un
as ayant fait quatre sub-occlusions successives. Cette malade
Obs. N° 6) a vu ses troubles débuter en juin I960 par une diar-
hée et le lavement baryté objectivait à cette date des signes d'i-
éite terminale. En juin I960 elle présente un état sub-occlusif
our lequel elle est opérée : résection. L'amélioration n'est que
assagère et quelques mois plus tard la diarrhée réapparait et
'aggrave. La seconde occlusion se constitue en aout I966 et en
uin I967 elle développe un nouvel état sub-occlusif. Le transit
a repris que passagèrement jusqu'en février I969 où apparais-
nt des signes probables de récidive. La 4 ème intervention s'im-
se pour un état occlusif le 12 Mars I969. Dans l'observation N°2,
s signes occlusifs sont apparus avant que ne se dévoilent les
gnes cardinaux de la maladie de Crohn. En effet en pratiquant une
iolécystographie par voie orale, le Docteur SEGAL a remarqué
e image hydro-aérique de siège iléal imposant des examens radio-
raphiques complèmentaires. La radiologie (lavement baryté, transit
grêle) est venue confirmer ce diagnostic et si l'anatomie-
thologique n'est pas formelle, ce diagnostic est plus que proba-
e devant la clinique, la radiologie et l'évolution sous traitement.

RADIOLOGIE DE LA MALADIE DE CROHN

Les examens radiologiques dans la maladie de Crohn sont essentiels et avant l'anatomie-pathologique, les aspects sont caractéristiques et mêmes patho-gnomoniques de l'affection. Pour cette raison, ces examens doivent être pratiqués dans les conditions optima, après préparation parfaite. Et cette étude comportera des examens radiographiques, mais aussi des examens radio-cinématographiques chaque fois qu'un doute subsistera.

Ces examens débuteront par une étude du transit baryté du grêle en sachant que les zones pathologiques ne se laissent imprégner par la baryte que pendant très peu de temps, ce qui prouve l'intérêt du radio-cinéma. Secondairement le lavement baryté après préparation minutieuse sera pratiqué. Il peut voir montrer les différents segments coliques et la rotation axiale permettra un bon déroulement du sigmoide. En fin d'examen le franchissement de la valvule de Bauhin permettra d'opacifier la douxième anse grêle en réplétion.

Nous décrirons successivement l'aspect radiographique de l'iléite puis de la maladie de Crohn à localisation colique.

Au niveau de l'iléon les aspects radiologiques se modifient au cours de l'évolution de la maladie. Au début il

existe une hypertrophie des plaques de Peyer, la dernière anse grêle apparait souvent large, hypotonique avec des îlots clairs parfois volumineux (Chérigié). L'augmentation de volume des plaques de Peyer est rapide et l'iléon terminal devient de moins en moins visible reproduisant le "string sign" de Kantor.

Plus tardivement apparaissent les 3 segments de Bodart qui semblent être pathognomoniques de l'affection. La dernière anse intestinale présente d'aval en amont 3 segments successifs, le segment proximal rétréci, à bords spiculaires d'une longueur moyenne d'une dizaine de centimètres.

C'est essentiellement le segment moyen qui fut bien décrit par Bodart et l'école belge. Cet auteur insiste sur les différences entre les bords de cette anse, le bord mésentérique est régulier, curviligne, fréquemment à double contour ; le bord antémésentérique est plus irrégulier, il apparait nettement festonné. Enfin le troisième segment est connu depuis longtemps. Il s'agit d'une anse intestinale dilatée et hypotonique témoignant de la lutte devant l'obstacle.

A un stade avancé de la maladie, les aspects radiologiques se modifient et le segment distal est encore plus rétréci, c'est la classique "ficelle", il existe au niveau du segment moyen sur le bord antémésentérique, un aspect pseudo-diverticulaire et le segment proximal peut présenter des pseudopolypes.

L'évolution de ces lésions se fait vers la sténose avec apparition d'un syndrome de Koenig et si l'obstruction n'est pas levée se constitue un état d'occlusion du grêle.

A côté de ces signes il a été décrit des signes indirects de voisinage : on a décrit autour de la lésion le refoulement des autres anses par des parois tuméfiées, le bord interne du coecum manque de souplesse, semble comprimé par une masse extrinsèque.

Au niveau du colon la description des lésions est beaucoup plus récente. Il est important de noter que les anomalies radiologiques peuvent disparaitre pendant les périodes de rémission. L'aspect radiologique est variable selon le stade de la maladie, peu marqué en début d'évolution, permanent et important à un stade avancé.

A la phase de début on remarque fréquemment un segment colique avec une lumiére rétrécie, des bords très irréguliers, spiculaires comme au niveau de l'iléon, l'anarchie des plis muqueux et la perte de souplesse bien objectivée par l'insufflation.La transition avec les zones adjacentes jugées comme saines sont brutales, les anomalies très localisées.

A un stade beaucoup plus évolué de la maladie les lésions sont plus importantes, la sténose est nette et inextensible.Les bords du segment sont lisses avec disparition du relief muqueux.

Depuis quelques années les modifications vasculaires de la maladie de Crohn ont été étudiées. Aux U.S.A. (Boijsen) et en FRANCE (Cl. Hernandez) ont été effectués de nombreux travaux et les aspects artériographiques semblent très importants.

L'étude de Cl. Hernandez est basée sur 12 artériographies mésentériques. La technique doit être excellente et la préparation du malade parfaite. Après administration d'antihistaminiques il est pratiqué une insufflation colique et injection dans la mésentérique supérieure de 30 à 40 ml de contraste iodé, les clichés doivent être pris aux temps artériel, pariétal et veineux.

Au niveau des artères il ne semble pas exister de modification de trajet mais Hernandez insiste sur leur augmentation de calibre et l'hypervascularisation des zones atteintes.

La paroi apparait irrégulière, épaissie aux dépens de la lumière. Le relief muqueux a disparu et la clarté gazeuse s'estompe beaucoup plus qu'au niveau des zones saines. Le fait le plus important semble être la précocité du retour veineux qui sans être aussi explosif que dans la rectocolite hémorragique et purulente apparait environ deux secondes plus tôt que du côté sain.

Nous avons avons pratiqué une artériographie mésentérique supérieure chez un de nos malades et les anomalies étaient analogues à celles décrites par Hernandez (Obs. N°6 : Pr. Ag. M. SEGAL) "il existe du côté droit, au niveau des ramifications de la colique supérieure droite et de l'iléo-coecale, un aspect un peu angiomateux du système artériolaire.

Au temps pariétal, épaississement des parois de la région coecale par rapport au côté gauche. Visibilité parfaite du système veineux de retour".

Au cours de la surveillance de la maladie de Crohn les examens radiologiques réguliers rechercheront des signes de récidive ou une complication . La récidive post-opératoire se produit le plus souvent au niveau de l'anastomose iléo-colique et les lésions radiologiques sont celles décrites au cours de l'iléite terminale. Successivement on voit apparaitre les 3 segments de Bodart et plus tardivement la ficelle iléale.

Une de nos malades, Madame CLA... (Obs. N° 5) a présenté quatre récidives. Opérée une 1 ère fois d'une iléite terminale, elle présente en février 1966 une occlusion qui fut levée chirurgicalement. En juin 1967 le transit du grêle montrait une sténose de 10 cms au niveau de l'anse anastomosée imposant une 3 ème intervention. A ventre ouvert on découvre une fistule d'une anse qui n'avait pas été vue à la radiographie. En Mars 1969 elle présente de nouveau un état sub-occlusif et les signes

radiologiques sont en faveur d'une récidive au niveau de l'anastomose.

Dans les formes fistulisées la radiographie est d'un grand secours. Dans les fistules externes elle permet d'opacifier l'anse atteinte. Dans les fistules communicantes on voit correspondre une anse grêle avec le colon, le coecum, le sigmoide ou la vessie. Les fistules intra-péritonéales, borgnes sont les plus fréquentes : on remarque une image d'addition, filiforme se détachant de l'anse atteinte.

Enfin dans certaines localisations dites exceptionnelles les examens radiologiques sans affirmer le diagnostic permettront de reconnaitre un état pathologique.

L'observation N° 5 en témoigne : Monsieur BRU... présentait une symptômatologie digestive haute. Le transit oeso-gastro-duodénal montre un aspect hypertrophique de la tête du pancréas avec compression du bord interne du 2 ème duodénum. La biopsie ganglionnaire voisine a montré qu'il s'agissait d'une maladie de Crohn sans que l'on puisse prouver que la lésion duodénale en était une localisation.

-=-=-=-

L'ENDOSCOPIE DANS LA MALADIE DE CROHN

L'étude endoscopique de la maladie de Crohn est récente. Il y a quelques années la recto-sigmoidoscopie était le seul examen possible. La coloscopie réalisée depuis peu en FRANCE sera vraisemblement d'un grand intérêt et Sacha SEGAL pense notamment que cet examen donnera d'excellentes images des lésions sigmoïdienne et colique gauche. Jusqu'à présent seule la coloscopie per-opératoire par une brèche de colostomie, permettait de limiter rigoureusement les lésions et de fixer la zone de section.

Ainsi cet examen reconnait la zone sténosée et bien souvent permet de délimiter les lésions d'amont qui n'apparaissaient qu'à l'ouverture de la piéce. Une observation illustre parfaitement ce type de lésions (Obs. N° 13), au dessus de la zone sténosée sont apparues à l'ouverture de la piéce quatre autres zones lésées.

L'examen de l'anus est systématique dans l'étude des maladies de Crohn. Selon GRAY, LOCKHART-MEMMERY et MORSON, ces lésions seraient retrouvées dans 60 à 80 % des cas. Les lésions les plus fréquentes sont des fissures anales volontiers récidivantes et traînantes.

Deux de nos malades ont présenté des lésions proctologiques plusieurs années avant que le diagnostic ne soit posé (Obs. N° 1 : Monsieur ROU... présente des lésions anales I7 ans avant que le diagnostic de maladie de Crohn ne soit porté. Il est alors opéré de ce qu'on lui dit être des hémorroides mais aucun des troubles accusés par le malade ne confirme ce diagnostic. Il est vu en consultation (Dr. S. SEGAL) en avril I969 et la rectoscopie pratiquée pour un rétrécissement anal important ne retrouve aucun signe spécifique et il ne remarque qu'un aspect de rectite diffuse et une inflammation non spécifique.

Le jeune BOU... Alain, I7 ans $\frac{1}{2}$ (Obs. N° 6) a déjà été opéré deux fois lorsqu'il consulte pour une diarrhée et un amaigrissement de 5 kg en 6 mois. La première intervention a eu lieu en I967, date à laquelle il est opéré pour des hémorroides. Cette intervention ne l'améliore que passagèrement et un an plus tard il présente une fissure anale imposant une reprise du traitement chirurgical. Ces deux observations sont les deux seules où il est permis de suspecter une localisation ano-rectale de la maladie. A chaque fois le chirurgien connaissant les risques encourus a préféré faire une biopsie superficielle de la muqueuse rectale. Ces deux examens ont été tout deux négatifs.

Les lésions anale et rectale de la maladie de Crohn

précédant souvent la maladie iléale. Fréquemment comme le dit Madame PARTURIER-ALBOT (Arch. Franç. des Mal. de l'App. Dig. Juin 1969, 56) les manipulations locales entrainent des flambées évolutives sévères. Ces lésions peuvent guérir lors des rémissions de la maladie et le plus souvent réapparaissent devant les autres symptômes cliniques. La biopsie pourrait déceler une réaction granulomateuse avec une fréquence variable selon les auteurs. Selon MORSON le granulome est retrouvé dans 80 % des cas, beaucoup plus rarement selon les auteurs américains (20 % des cas).

Enfin cette localisation serait beaucoup plus fréquente au cours des localisations colique gauche et sigmoidienne que dans la localisation iléale et colique droite.

Dans notre série ce siège est suspecté et n'a été retrouvé qu'associé à des maladies de Crohn colique droite ou iléale.

-=-=-=-=-

LA BIOLOGIE DANS LA MALADIE DE CROHN

Au cours de la maladie de Crohn on observe des modifications hématologique et biochimiques qui sans être pathognomoniques ne sont pas pour autant négligeables. L'anémie est le signe le plus évident retrouvé dans plus de la moitié des cas. Elle est souvent modérée, plus fréquemment supérieure à 3.500.000 globules qu'inférieure. Cette anomalie n'est pas expliquée: la spolliation sanguine a été rarement retrouvée, beaucoup plus rare que l'anémie. Existe t-il un saignement microscopique permanent? Cette anémie est hypochrome (charge hémoglobinique moyenne voisine de 25 picogrammes) et souvent résistante à la thérapeutique martiale.

Associé aux troubles du métabolisme du fer, COOKE et CATTAN (thèse 1964) ont insisté sur la carence en vitamines B 12. Selon COOKE, dans 20% des cas l'anémie est macrocytaire et quelquefois mégaloblastique. Pour étayer cette hypothèse CATTAN cite un malade dont la maladie de Crohn, bien que discutable est très probable et qui fut hospitalisé pour une anémie à 1670000 globules rouges avec 0,6% de réticulocytes, 1,2 de valeur globulaire et 40 % d'hémoglobine. A la ponction sternale il existait une mégaloblastose importante sans achlor-

hydrie au tubage gastrique.

Ce malade opéré voit tous ses troubles régresser : la diarrhée intermittente s'amende, l'anémie sans vitaminothérapie B12 se répare, les anomalies globulaires disparaissent. A la lumière de cette description on peut imaginer une malabsorption de la vitamine B 12 au niveau de l'iléon.

La formule blanche est anormale, l'hyperleucocytose permanente, la polynucléose fréquente, supérieure à 75 %. Si cette anomalie a été retrouvée dans notre série, nous n'avons jamais observé un autre trouble lui aussi fréquent (I9 cas sur 35 selon CATTAN) : l'éosinophilie modérée voisine de 5 %, exceptionnellement à IO %.

Pendant les poussées il existe des altérations inflammatoires considérables comme en témoigne la vitesse de sédimentation. Elle est souvent supérieure à 50 mm à la première heure pour redevenir sub-normale entre les poussées évolutives. Le test au Cetavlon évolue parallèlement. L'hypoprotidémie se... être aussi importante que dans la recto-colite hémorragique, ... fréquente dans l'iléite de Crohn. Cette hypoprotidémie est dûe surtout à une diminution du taux d'albumine sérique, très fréquemment inférieur à 35 g/litre alors que les protides totaux voisinent 55 à 60 gr/l.

Selon Crohn cette anomalie serait le fait des formes étendues à un long segment iléal. Dans notre série nous n'avons

jamais vérifié cette observation et même notre seule hypoprotidémie importante est une forme colique majeure.Plusieurs hypothèses ont voulu exoliquer ce trouble. Successivement on a accusé une malabsorption iléale comme pour les troubles du métabolisme de la vitamine B12, un trouble de la synthèse hépatique de ces protéines et depuis l'étude isotopique par l'albumine marquée radioactive on a pu affirmer qu'il existait une déperdition fécale importante avec élévation considérable de l'albumine marquée des selles (15 à 17 gr/jour) selon Jejeeboy. Une de nos observations présentait cette hypoalbuminémie. Monsieur PIO... Robert, 30 ans, consulte pour méloena et syndrome abdominal. Le bilan clinique biologique et radiologique est négatif et après 3 mois d'évolution une électrophorèse des protéines totales est pratiquée : protides totaux à 53,5 gr/l avec hypoalbuminémie importante à 22 gr/l.

Dans une autre observation bien que l'état général fut sévèrement atteint avec amaigrissement de 6 kg en 15 jours selon la malade, l'électrophorèse des protéides sériques fut tout à fait normale avec un taux total de 7I gr/l et une albuminémie normale.

Les modifications des globulines sont moins importantes : une élévation des alphaglobulines serait fréquemment rencontrée.

L'étude parasitologique chimique des selles est souvent un des premiers examens pratiqués au cours de l'étude de la maladie. Dès la description de Crohn des études approfondies n'ont jamais isolé de parasites. Dans notre série un de nos malades avait vu débuter des troubles en Afrique du Nord. Les examens coprologiques successifs furent répétés à maintes reprises et ont tous été normaux.

L'étude chimique des selles est plus intéressante. L'élimination excessive d'albumine étudiée par les isotopes radioactifs n'est pas la seule anomalie. La stéatorrhée est d'une extrême fréquence bien que l'élimination des graisses fécales soit sujette à de nombreuses variations. L'élimination quotidienne moyenne est voisine de 8 gr par jour mais comme le préconisent CATTAN et JOURMAN, ce taux est variable et un chiffre de 23 gr pour 4 jours serait plus acceptable. CATTAN rapporte 6 études de la stéatorrhée et il en conclut :

1) l'étendue des lésions n'est pas parallèle à l'importance de la stéatorrhée.

2) la sur-infection semble jouer un grand rôle dans l'apparition de ce trouble.

-=-=-=-

L'ANATOMIE-PATHOLOGIQUE DE LA MALADIE DE CROHN

Le diagnostic de maladie de Crohn envisagé cliniquement et radiologiquement ne peut être affirmé qu'histologiquement. Les pièces anatomiques étudiées sont des pièces d'exérèse ou exceptionnellement comme dans notre observation n° 4 une adénopathie prélevée au cours d'une lapatomie.

C'est à MOSCHCOWITZ en 1923 que revient le mérite d'avoir différencié l'histologie de la maladie de Crohn de celle de la tuberculose iléo-coecale. Près de 10 ans donc avant la description clinique de Crohn, les aspects histologiques de la maladie avaient déjà été identifiés.

Les lésions iléales

Macroscopiquement les lésions de la maladie de Crohn sont caractéristiques sans être pathognomoniques. Le plus souvent il s'agit d'une ou plusieurs sténoses donnant à l'iléon terminal un aspect "tuyau de pipe" (MORSON). La zone lésée est juxtaposée à l'iléon macroscopiquement sain sans aucune zone de transition. Habituellement il existe une sténose isolée et fréquemment les lésions sont multifocales comme dans notre observation N° 14. Monsieur M... présente

une maladie de Crohn de siège essentiellement iléal : au niveau de la dernière anse grêle on remarque une sténose longue de 6 cms où la paroi atteint 15 mm d'épaisseur avec des ulcérations, des végétations et des pseudo-polypes, 10 cms en amont une seconde zone avec deux ulcérations puis 8 cms plus haut une troisième sténose, quatrième sténose 6 cms au-dessus avec ulcérations fissuraires et cinquième sténose à 10 cms au-dessus avec plusieurs ulcérations.

La paroi intestinale est constamment épaissie, n'apparaissant pas fibreuse à la coupe comme dans notre observation N° 14 ou elle atteignait 15 mm d'épaisseur.

Fréquemment en amont de la sténose l'iléon est dilaté témoignant de la difficulté de passage.

La muqueuse prend volontiers un aspect pavimenteux. Les ulcérations sont très fréquentes et dans notre observation N° 14 au niveau de chaque sténose il existait une ou plusieurs ulcérations arrondies ou ovalaires de 8 à 10 mm de diamètre. Les fissurations sont plus rares, cependant Monsieur M... (Obs. N° 14) présentait au niveau de sa 4 ème zone de sténose une ulcération fissuraire.

Le mesentère est épaissi, encartonné. Dans son épaisseur il est fréquemment possible de palper des adénomégalies souvent importantes.

La description microscopique des lésions ne permet pas toujours d'affirmer le diagnostic. A la coupe et c'est là l'aspect le plus important, la muqueuse est fissurée, quelquefois les fissures atteignent les tuniques plus profondes, ailleurs elles prennent l'aspect de micro-abcès avec nombreux lymphocytes en surface et au-dessous quelques plasmocytes et des histiocytes. Ces fissures sont à l'origine des perforations intestinales et c'est en bordure de ces lésions que l'on rencontre le plus souvent l'aspect giganto-cellulaire de la maladie.

L'examen des tuniques de la paroi intestinale est également important :

L'aspect le plus fréquent est celui d'une réaction sarcoide des tissus de la paroi avec présence de follicules lymphoides régionaux retrouvés dans 75 % des cas (MORSON).

Cette réaction sarcoide n'est pas spécifique : elle peut être très marquée ou au contraire modérée. Les corps Schaumann sont parfois retrouvés dans les cellules géantes et ils sont identiques à ceux de la tuberculose ou de la sarcoidose.

La sous muqueuse parait épaissie par un oedème et une infiltration inflammatoire faite de lymphocytes et de cellules géantes pouvant même atteindre la séreuse. MASSION pense que

la maladie de Crohn associe une hyperplasie lymphatique avec obstruction vasculaire lymphatique entrainant secondairement la formation d'un granulome tuberculoide avec cellules géantes mais sans caséification ni bacilles acido-alcoolo-résistants.

A un stade évolué de la maladie , toutes les couches intestinales s'altèrent et apparaissent les lésions vasculaires par écrasement des artères de moyen calibre entre des formations lymphatiques. Ces lésions vasculaires provoquent une stase sanguine favorisant l'infection et plus tardivement les abcès et les fistules.

Au niveau du colon gauche, les lésions macroscopiques et microscopiques de la maladie de Crohn sont différentes. A l'ouverture de la pièce les aspects les plus caractéristiques sont essentiellement le "coblestome" et les pseudo-polypes. Les sténoses coliques sont beaucoup plus rares que dans l'iléite.

Cet aspect macroscopique est réalisé par la présence dans la muqueuse de fissurations longitudinales et transversales formant ainsi un pavage irrégulier.

Les ulcérations sont variables mais parfois longitudinales, quelquefois polycycliques, de taille et de largeur inconstantes.

Comme dans la maladie de Crohn iléale les tuniques

profondes peuvent être atteintes, fréquemment la sous-muqueuse exceptionnellement la masculeuse.

La paroi colique est épaissie mais beaucoup moins que la paroi iléale, épaississement portant surtout sur la muqueuse.

Le mésocolon comme le mésentère est épaissi, cartonné et de nombreux ganglions sont hypertrophiés. Ces lésions sont moins nettes dans les localisations coliques droites que dans la maladie de Crohn colique gauche ou sigmoidienne.

Histologiquement la paroi colique parait épaissie, la sous muqueuse est la plus atteinte. Des ulcérations y siègent, quelquefois elles sont inaperçues à l'ouverture de la pièce et ne se découvrent qu'au microscope. Elles sont de profondeur variable, atteignent quelquefois la musculeuse. Leur fond est sur un tissu de granulation où on trouve des plasmocytes, des lymphocytes, des macrophages et des eosinophiles.

Les bords de l'ulcération sont abrupts ou en V, constitués par un tissu très inflammatoire et oedématié avec de nombreux plasmocytes et éosinophiles. Entre ces ulcérations la muqueuse est normale sans pseudopolype vrai comme dans la recto-colite hémorragique mais comme soulevée par des replis de la sous muqueuse. Par endroits la muqueuse peut être abrasée en de vastes ulcérations.

La sous muqueuse est constamment atteinte. Elle se présente comme un tissu inflammatoire avec nombreux polynucléaires plus ou moins altérés.

C'est à ce niveau que l'on peut rencontrer le granulome de la maladie. Il se présente comme le granulome tuberculeux avec l'aspect giganto-cellulaire pluri-nuclée en son centre

La musculeuse parait en général saine.

La sous séreuse est toujours pathologique : elle apparait épaissie, scléreuse, l'aspect giganto-cellulaire y est retrouvé dans une proportion non négligeable de cas.

Au niveau du rectum et de l'anus les lésions histologiques ne sont pas caractéristiques dans tous les cas. Le plus souvent un aspect de rectite non spécifique est retrouvé, le granulome est rare, Cependant les auteurs américains affirment qu'on le trouve dans 25 % des cas, il présente alors les mêmes aspects qu'au niveau du colon gauche.

Le ganglion de la maladie de Crohn ne présente que rarement un caractère spécifique. Cependant dans une de nos observations (N° 4) le diagnostic a été affirmé sur l'aspect histologique d'une adénopathie : la ganglion de la maladie de Crohn présente classiquement une inflammation polymorphe banale avec stase lymphatique plus modérée qu'on ne l'affirmait

autrefois. Des cellules géantes peuvent y être découvertes (25 % des cas) et en l'absence de caséum, elles permettent d'envisager le diagnostic.

De ces signes histologiques aucun des pathognomoniques de la maladie de Crohn.

Macroscopiquement une sténose iléale avec un épaississement de la paroi et une infiltration du mésentère, l'aspect pavé avec coblestomes et faux pseudopolypes ne sont pas le fait uniquement de la maladie de Crohn iléale ou colique.

Le granulome à cellules géantes retrouvé dans 75 % des cas selon MORSON est le signe capital. JANOWITZ le considère comme indispensable au diagnostic. Pour de nombreux auteurs dont MORSON l'absence de granulome ne permet pas d'infirmer le diagnostic de maladie de Crohn et l'aspect fissuraire, la découverte de sinus associés au contexte histologique, clinique ou radiologique de la maladie permettent de l'affirmer.

-=-=-=-

EVOLUTION ET TRAITEMENT DE LA MALADIE DE CROHN

L'iléite terminale est pour la majorité des auteurs une maladie chronique évoluant d'un seul tenant ou plus rarement par poussées successives alternant avec des phases de rémission où la guérison est apparente. HILLEMAND pense que cette affection ne guérit jamais.

Le début de la maladie est impossible à préciser et le thérapeute n'aura à traiter que des formes évoluées ou compliquées.L'évolution des lésions de cette affection se fait vers la sténose et les fistulisations.La sténose n'apparait qu'après un temps variable allant de quelques semaines à plusieurs années, quelquefois même la maladie ne débute que par une complication en l'occurence une sténose.Ce type d'évolution est plus une complication de la maladie de Crohn colique.Plusieurs de nos malades ont dû être opérés d'urgence d'une occlusion compléte ou d'un état sub-occlusif (Obs. N° 2-5-7-9).

La fistulisation est classique dans la maladie de Crohn,moins fréquente que l'occlusion et se voit plus dans les localisations coliques qu'iléales.Ce sont en général des fistules internes,beaucoup plus rarement externes.Elles surviennent dans une proportion variable de cas allant de 5 à 35 %.Crohn

l'a observé 92 fois sur 542 malades,VANTRAPPEN dans 48 % des cas.

Les fistules externes ne se produisent que rarement spon-
anément,ce sont plutôt le fait de maladiesde Crohn opérées.Les
formes pseudo-appendiculaires de la maladie sont le siége de pré-
ilection de telles complications surtout quand il a été réalisé
ne appendicectomie.Quelquefois on les rencontre à la suite de
aparotomie exploratrice.

Le plus souvent ces fistules mettent en communication
eux organes creux voisins.Par ordre de fréquence on observe sur-
out des fistules iléo-coliques droites,iléo-sigmoïdiennes,colo-
igmoïdiennes,colo-vésicales.La littérature décrit même un cas de
istule dans une trompe utérine..

Le probléme de la localisation rectale de la maladie
e Crohn reste entier.En effet les signes cliniques de cesiége
pparaissent avant la symptomatologie de la maladie.Les auteurs
ont partagés à ce sujet et certains pensent que cette localisation
st secondaire à un foyer viscéral encore muet cliniquement comme
ut le cas dans nos deux localisations rectales probables où l'in-
ervalle entre l'apparition des signes rectaux et intestinaux
'étend chez l'un à 17 ans ,chez l'autre à 2ans.

Enfin il est classique de citer comme complication éven-
uelle l'apparition d'une tumeur maligne de l'intestin grêle.

L'évolution de la maladie de Crohn traitée est différente,nous envisagerons successivement le traitement médical, le traitement chirurgical et celui des récidives post-opératoires.

Le traitement médical mineur à l'origine tend à devenir actuellement systématique au début de la maladie.Cependant la toxicité des drogues utilisées rend leur administration difficile. Tous les auteurs sont unanimes à reconnaître que le régime doit être atoxique,riche en hydrates de carbones, en protides, pauvre en lipides.Les pansements et les desinfectants intestinaux ne souffrent aucune contreindication.Ainsi on a prescrit les sels de bismuth,les sulfamides et des antibiotiques digestifs.

L'acide acétyl-salicylique a été très employé il y a une dizaine d'années dans un but anti-inflammatoire. La dose initiale faible (2 gr) était augmentée graduellement jusqu'à 10-12 gr/jour puis la diminution progressive pour se maintenir à une dose d'entretien voisine de 4 gr. Cependant actuellement de nombreux auteurs devant les risques de perforation et de troubles métaboliques refusent cette thérapeutique.

Les contre-indications des cortico-stéroides sont encore plus formelles : les risques de perforation encore plus grands obligent à la plus grande précaution. La cortisone est employée néanmoins de façon systématique dans tout traitement médical. La dose initiale doit être élevée pour être diminuée progressivement. Les schémas thérapeutiques sont différents

selon les auteurs. Certains débutent à une dose de 30 à 60 mg par 24 h pendant une dizaine de jours puis pendant un mois environ cette thérapeutique est prescrite à raison de 10 mg par jour. Pour notre part, les doses initiales étaient de 20 à 30 mg par jour pendant une quinzaine de jours puis lentement dégressives. Pendant un an la dose d'entretien était de 10 mg / jour. Cependant chez un de nos malades (Obs. N° 8) est apparu un syndrome de Cushing qui nous a obligé à arrêter prématurément cette thérapeutique.

L'A.C.T.H. a été employée également et les résultats sont comparables à ceux de la cortisone.

Avec ce traitement l'amélioration immédiate est excellente dans un nombre non négligeable de cas. Les malades voient disparaitre leur diarrhée, leur asthénie et l'appétit est meilleur, la reprise de poids manifeste. Quant à l'amélioration radiologique elle est moins constante. Cependant dans notre observation N° 4 la sténose iléale initiale très serrée a été améliorée par un mois de traitement.

CROHN pense que cette thérapeutique donne de bons résultats dans 40 % des cas, des résultats satisfaisants dans 30 % mais il n'existe aucune amélioration dans 30 % des cas.

Cependant la majorité des malades porteurs de ma-

ladie de Crohn finissent par être opérés et le traitement chirurgical est discuté dans ses indications. Les problémes posés au chirurgien sont différents devant une maladie de Crohn au cours d'une poussée aigue ou après un traitement médical prolongé.Au cours d'une poussée aigue tous les auteurs reconnaissent que le traitement médical doit être essay

Dans les formes pseudo-appendiculaires faut-il faire une appendicectomie? Même si l'appendice est sain les risques de fistules ne sont pas exclus.Devant un appendice sain et une derniére anse grêle tuméfiée il est préférable de n'entreprendre aucune thérapeutique chirurgicale ou éventuellement pratiquer un traitement que l'on voudra être curatif d'emblèe.

Au stade de la maladie de Crohn évoluée, en dehors de toute complication, après échec du traitement médical le chirurgien doit entreprendre un traitement radical.

Autrfois les interventions de dérivation avaient la faveur,Crohn les préconisait, actuellement cette méthode est à rejeter et tous les auteurs sont unanimes à le reconnaitre.L'anastomose latéro-latérale sans exclusion etait la solution la plus facile,cependant une statistique de la MAYO-CLINIC affirme que ce type d'intervention est grevé du plus lourd pourcentage de mortalité et de récidives.

Si l'exéérése est impossible l'exclusion avec anas-
omose terminò-latérale est préférable à l'exclusion ouverte
ui abouche à la peau un segment exclu.

La résection intestinale est la méthode la plus em-
loyée actuellement. Dans la forme iléale de la maladie il s'a-
ira d'une iléocolectomie droite classique avec anastomose ter-
ino-terminale ou termino-latérale. Quand la lésion est d'éten-
ue limitée une résection avec anastomose termino-terminale est
onseillée. Dans les formes coliques de la maladie la résection
egmentaire peut être pratiquée. A ventre ouvert un problème est
osé au chirurgien : celui de l'étendue des lésions. Ainsi dans
otre observation N° 6 la zone de section est située au niveau
'un foyer invisible macroscopiquement et pourtant certain his-
ologiquement. Dans notre observation N° 14, 5 foyers iléaux ont
té découverts à l'ouverture de la pièce alors que seul le foyer
rincipal avait été reconnu. Pour cette raison la coloscopie par
oie rectale pour les lésions coliques gauches ou la coloscopie
er-opératoire pour des lésions droites ou transverses permettra
e s'assurer que la coupe est effectuée en zone saine. Ainsi de
ombreuses récidives post-opératoires seront évitées.

Le traitement des récidives post-opératoires est chirur-
cal. Il consistera dans les conditions optima en une nouvelle
ésection avec anastomose termino-terminale. Cependant les risques
e récidives sont encore plus importants comme le cite La Mayo
inic dans une statistique ancienne : il y a 63 % de récidives

après une première intervention, 81 % après la seconde et 89 % après la troisième. Les auteurs sont unanimes à reconnaître que les formes iléocoliques récidivent plus que les formes iléales. Les localisations anorectales posent un problème particulier. Depuis les travaux de Mme PARTURIER-ALBOT on connait le risque évolutif des manipulations intempestives. Comme notre série le prouve les localisations anale et rectale guérissent difficilement avec un traitement chirurgical alors qu'elles sont améliorées par le traitement des localisations iléales ou coliques. Cependant les troubles anaux et rectaux survenant le plus souvent précocément, le traitement de ces lésions est presque systématique.

Le traitement chirurgical est celui qui donne les meilleurs résultats. Ceux-ci sont moins bons dans les formes coliques que dans les formes iléales pures. Les dérivations sont de mauvais pronostics et il est admis que 80 % des malades ayant subi ce type d'intervention récidivent. Les résultats de la résection chirurgicale sont variables, selon l'étendue des lésions et le type de résection effectuée. Cependant on peut admettre que 50 % des malades ont un excellent état général après 5 ans d'évolution. Dans notre série Madame CLA... (Obs. N° 5) a subi quatre résections avec anastomose termino-terminale. Par contre Madame T... (Obs. N° 13) a été opérée il y a 9 ans et actuellement son état est parfait.

Les indications thérapeutiques posent un problème difficile et si dans certains cas le traitement médical ou chirurgical n'est pas discuté, dans beaucoup d'autres les habitudes et le contexte orienteront plus vers le chirurgien ou vers le médecin. Dans certains cas le traitement médical s'impose : les formes simples, peu évoluées seront traitées médicalement ; de même que les formes étendues (Obs. N° 12) ou la résection intestinale serait trop importante. Dans d'autres cas le traitement chirurgical s'impose, formes compliquées d'occlusion ou de fistule, formes n'ayant pas réagi au traitement médical. Entre ces formes médicales ou chirurgicales de la maladie de Crohn il en est un grand nombre où les avis sont partagés. Certains auteurs refusent l'intervention d'emblée, d'autres opèrent systématiquement toute maladie de Crohn. Pour CROHN lui-même la chirurgie doit attendre le "refroidissement du processus inflammatoire et n'amorce que la résolution curatrice". Il y a quelques années il pensait que le moment idéal pour le traitement chirurgical était après 5 ans d'évolution, ce délai est actuellement ramené à 2 ou 3 ans.

Quand au type d'intervention il ne souffre plus actuellement aucune discussion. La résection large avec anastomose termino-terminale ou termino-latérale doit être pratiquée chaque fois qu'elle est possible.

C O N C L U S I O N

La maladie de Crohn bien que décrite il y a plus de 40 ans reste trop méconnue du médecin. La richesse de sa symptômatologie, la diversité de ses localisations, son évolution volontiers capricieuse font tout l'attrait de sa connaissance.

Notre étude de 14 cas personnels de la maladie de Crohn montre à quelles difficultés se heurte souvent le médecin. Nous nous sommes efforcés de présenter ces cas avec des données d'informations cliniques, biologiques, radiologiques, chirurgicales et anatomo-pathologiques aussi complètes que possible. A propos de quelques cas litigieux, nous avons tenté de prouver l'importance de l'examen radiologique, seule méthode pour affirmer le diagnostic avant l'anatomie-pathologique, celle-ci n'étant pas toujours formelle en l'absence de lésions spécifiques. Elle ressemble de très près à celle de la tuberculose iléo-coecale et aux réactions inflammatoires de voisinage.

Le problème posé par la radiologie est complexe et le diagnostic différentiel avec la tuberculose iléo-coecale est souvent difficile dans les localisations iléales. Au niveau du

colon cette affection est radiologiquement voisine des hypothétiques colites ulcéreuses droites et de la recto-colite hémorragique et purulente.

Le thérapeute et le chirurgien se heurtent au problème des indications qui n'est pas encore bien défini actuellement.

Par contre l'endoscopie per-opératoire permet de pratiquer une exérèse efficace de lésions invisibles au chirurgien et découvertes endoscopiquement.

Quant au problème physiopathologique et étiopathogénique de l'affection, il reste entier et sa solution permettra peut être de proposer une thérapeutique qui ne sera plus seulement palliative.

-=-=-=-

Vu, le Président de Thèse

H. GEOFFROY

Vu et permis d'imprimer,

Le Doyen de la Faculté mixte
de Médecine et de Pharmacie
de REIMS

H. EZES

Par délibération en date du 9 Février 1968, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation, ni improbation.

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette Faculté, de mes chers condisciples et selon la tradition d'Hippocrate, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les moeurs ni à favoriser le crime.

Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères, si j'y manque.

-:-:-:-:-:-

B I B L I O G R A P H I E

1 - ABOURJAILY G.S., CARROLL M. et MAHER E.
Traitement chirurgical d'un cas inhabituel d'entérite régionale avec atteinte duodénale.
Am. J. Gastroentérology - Janv. I969, 51, N° 1, 55-60.

2 - ALAVI I.A., PRINTEM K. et STEIGMANN F.
Perforation libre dans l'entérite régionale chronique.
Am. J. Dig. Dis., Juin I969, 14, N° 6, 420-423.

3 - ALBACETE R.A.
Affections inflammatoires non spécifiques de l'intestin.
Med. Clin. North. Amer. - Nov. I968, 52, N° 6, 1387-1396.

4 - ALBERRO J.J.
Localisations iléo-coliques ou coecales pures de la maladie de Crohn (A propos de 5 observations .
Thèse Paris, I967, N° 411.

5 - ALBOT G., CAMILLERI J.P. et PARTURIER-ALBOT M.
Aspects anatomo-pathologiques de la maladie de Crohn colique. A propos de 3 observations.
Sem. Hôp. Paris, 20 Déc. I969, 45, N° 52, 3307-3317.

6 - ALBOT G., Mme PARTURIER-ALBOT, CAMILLERI J.P. et DIEBOLD J.
La maladie de Crohn colique : étude cytologique et ultrastructurale des infiltrats inflammatoires plasmocytaires et épithélio-giganto-cellulaires.
Sem. Hop. Paris, 20 Mai I970, N° 23, 1545-1566.

7 - ALTMANN A.D., GOLDEN D., SEIDENBERG B., KAVEED et PARKER J.G.
Perforation libre dans l'entérite régionale. Rapport de 2 cas et revue de la littérature.
Am. J. Dig. Dis. - Ao ut I966, 11, N° 8, 658-663.

8 - ARONSON A.R. et RUOFF M.
Entérite régionale.
J.A.M.A., 24 Juil. - I967, 201, N° 4, 267-269.

9 - ARVAY N. et Coll.
Sur une localisation exceptionnelle duodénale.
Ac. hépato-gastro-entérologiques de l'Hôtel-Dieu. I955 T4.

10 - AUCHE Y.
Les localisations coliques de la maladie de Crohn.
Bordeaux Med., Av. I969, 2, N° 4, 949-950.

11 - AUSTAD W.R., THOMPSON G.R. et JOSEPH R.R.
Entérite régionale simulant une arthrite aigue.
Michigan Med., mars I968, 67, 324 in Internat.
Med. Dig. Juil. I968, 84, N° 7, 319-320.

12 - BANKS B.M., ZETZEL L. et RICHTER H.S.
Morbidité et mortalité dans l'entérite régionale. Rapport de 168 cas.
Am. J. Dig. Dis., Juin 1969, 14, N° 6, 369-379.

13 - BEL A., LEVRAT R., SAVOYE B. et LAURENT H.
Iléite terminale suppurée avec agranulocytose. Première manifestation d'une leucoce aigue.
Arch. Franç. Mal. App. Dig., sept. 1969, 58, N° 9, 555-562.

14 - BENDIXEN G.
Hypersensibilité cellulaire aux composants de la muqueuse intestinale dans la colite ulcéreuse et la maladie de Crohn.
Gut, Aout 1969, 10, N° 8, 631-636.

15 - BESSOT M., MOUKTAR M., VIVIER G. et PIERSON B.
Une nouvelle observation de maladie de Crohn colique.
Sem. Hôp. Paris. 14 av. 1969, 45, N° 18, 1223-1225.

16 - BERANBAUM S.L.
Colite granulomateuse (maladie de Crohn). Diagnostic différentiel de la rectocolite ulcéreuse idiopathique.
New-York State J. Med., 15 Janv. 1967, 67, N° 2, 244-247.

17 - BERNARD Luc.
Contribution à l'étude de la maladie de Crohn.
Thèse Lille 1960, N° 66.

18 - BESSOT M. et GEHIN P.
Notre expérience du Crohn colique. Association Nord-Lotharingienne de gastro-entérologie.
Réunion des 25 et 26 Avril 1970.

19 - BIELSKA-FADA H. et MALINSKI B.
Polski Tygod. Lek., 1967, 22, N° 7, 254-256.

20 - BINDER H.J., SPIRO H.M. et THAYER W.R. Jr.
Hypersensibilité retardée dans l'entérite régionale et la colite ulcéreuse.
Am. J. Dig. Dis. Juil. 1966, 11, N° 7, 572-573.

21 - BLOCH C. et PECK H.M.
Entérite régionale du duodénum et de l'iléon.
J. Mount. Sinai Hosp., sept. Oct. 1967, 34, N° 5, 529-535.

22 - BLOCH C. et PECK H.M.
Entérite régionale duo duodénum.
J. Mount. Sinai Hosp. Nov. Dec. 1965, 32, N° 6, 686-689.

23 - BODART P., DIVE Ch., VANTRAPPEN G.
Radiologic différences between iléo-coecal tuberculosis and Crohn's disease.
Am. J. Dig. Dis. , 1961, 6, 604-621.

24 - BODART P. DIVE C., DE GROOTE J., VANTRAPPEN G. et VANDENBROUCKE
Le diagnostic radiologique de l'iléite de Crohn.
Arch. Med. App. Digestif - 1959, 48, 1672-1683.

25 - BODDAERT J. et POTVLIEGE P.
L'anatomie pathologique de la maladie de Crohn.
Act. Gastro-Entérol. belg., Fev. I967, 30, N° 2

26 - BOOZ G., FREDERIC J., LAMBERMONT J. et LEFEBVRE F.
Sténoses étagées du jéjunum et de l'iléon, associées à une zone d'iléite terminale.
Association Nord-Lotharingienne de Gastro-Entérologie
Réunion des 25 et 26 Avril I970.

27 - BOUCHER A.M.
De la difficulté de la maladie de Crohn dans sa localisation typique : iléale.
Thèse Paris I968, N° 900.

28 - BOURON Anne
Diagnostic de la maladie de Crohn
Thèse Nantes - I964, N° 319

29 - BOUTELIER D.
Les manifestations articulaires au cours des maladies du grêle et du colon.
Rev. Praticien, 21 Fév. I967, 17, N° 6, 757-771.

30 - BRAMME F.
Colite granulomateuse. Aspect radiologique et évolution des lésions.
Am. J. Roentgenol., Janv. I967, 99, N° 1, 35-44.

31 - BRAMME F.
L'angiographie mésentérique dans l'entérocolite régionale.
Radiology. Dec. I966, 87, N° 6, 1037-1042.

32 - BRILL C.B., KLEIN S.F. et KARK A.E.
Entérite régionale et entérocolite. Etude de 74 malades pendant 15 ans.
Ann. Surj. nov. I969, 170, N° 5, 766-774.

33 - BROMBART M.
Radiologie de l'iléite terminale de Crohn.
A.H.G.E. de l'H.D., I968, 4, A66
Act. Hépato-gastro-entérologiques de l'Hôtel-Dieu.

34 - BROOK B.N., HOFFMANN D.C. et SCHWARBRICK E.T.
L'arathioprine pour la maladie de Crohn
Lancet, 20 Sept. I969, 2, N° 7621, 612-614.

35 - BROSSARD Françoise.
Contribution à l'étude des formes aigues de la maladie de Crohn.
Thèse Bordeaux I964, N° 19.

36 - BROWNSTEIN M.H.
Amyloidose compliquant une colite granulomateuse.
New-York State J. Med., 15 av. I968, 58, N° 8, 1069-1071.

37 - BRUNNER S., LUNDERQUIST A. et LUNDERQUIST A.
Le problème de l'artériographie dans la maladie de Crohn et dans la colite ulcéreuse.
Ann. Radiologic, I969, 12, N° 3-4, R. 224. R. 230

38 - BUSE H. et EMMERMANN H.
Entérite régionale. Aspect de diagnostic différentiel et problème de technique chirurgicale.
Chirurg. Oct. 1968, 39, N° 10, 452-456.

39 - BUSSON A.
Maladie de Crohn.
Act. hépato-gastro-entérologique de l'Hôtel-Dieu, 1955, T4.

40 - BUSSON A. et BARD M.
Adénite mésentérique et maladie de Crohn
Arch. Mal. App. Dig., 1960, 49-236.

41 - BUSSON A.
Observation démonstrative de la réversibilité des lésions de la maladie de Crohn au stade de l'entérite sub-aigue avec adénopathie mésentérique.
Arch. Mal. App. Digestif, 1958, 47, N° 12.

42 - BUSSON A., JOURDE L. et CHOME J.
La maladie de Crohn. Sa première phase évolutive.
Presse Médicale. 1960, 68, 593-595.

43 - CALVET J.C.
Un autre cas de maladie de Crohn colique gauche.
Mem. Acad. Chir., 1968, 94, N° 1-2-3, 69-70.

44 - CANTWELL J.D., KETTERING R.F., CARNEY J.A. et LUDWIG J.
Adéno-cancer compliquant une entérite régionale. Rapport d'un cas et revue de la littérature.
Gastroentérology, Av. 1968, 54, N° 4, part 1, 599-604.

45 - CARVALHO H.P. et MULERO H.L.
Récidive d'iléite régionale dans une crise aveugle après iléocolostomie.
Am. J. Gastroentérology, Juil. 1966, 46, N° 1, 58-63.

46 - CATTAN D.
Entérite régionale (maladie de Crohn). Aspects cliniques et métaboliques (A propos de 35 observations personnelles).
Thèse Paris 1964.

47 - CAULET T., SEGAL S., DIOT J., MAFFIOLI C., CHARDON P. et GEOFFROY H.
Localisations anales et rectales de la maladie de Crohn. A propos de deux observations.
Association Nord Lotharingienne de Gastroentérologie.
Réunion des 25 et 26 Avril 1970.

48 - CHALFIN D. et HOIT P.R.
Déficience en lactase dans la colite ulcéreuse, l'entérite régionale et l'hépatite virale.
Am. J. Dig. Dis., Janv. 1967, 12, N° 1, 81-87.

49 - CHAPUY H.
La maladie de Crohn. A propos de 18 observations de la région lyonnaise.
Thèse Lyon 1968, 165 pages in Lyon Med., 20 Av. 1969, 221, N° 16, 974.

50 - CHERIGIE E., HILLEMAND P., PROUX Ch. et BOURDON R.
L'intestin grêle normal et pathologique.
L'Expansion Edit. 1957.

51 - CHRISPIN A.R. et TEMPANY E.
La maladie de Crohn du jéjunum chez l'enfant.
Arch. Dis. Child, déc. 1967, 42, N° 226, 631-635.

52 - CICCOLINI A.
Iléite terminale. Contribution clinique.
Minerva chir., 15 Janv. 1970, 25, N° 1, 30-37.

53 - CLARK R.G. et LAUDER N.M.
Sous-nitrition et chirurgie de l'iléite régionale.
Brit. J. Surg, Oct. 1969, 56, N° 10, 736-738.

54 - COBB T.C. et ROBSON M.C.
Entérite régionale se manifestant comme une hypoprotidémie sans signes intestinaux.
J.A.M.A., 17 Fév. 1969, 207, N° 7, 1351-1352.

55 - COHEN W.N.
L'atteinte gastrique dans la maladie de Crohn.
Am. J. Roentgenol., Oct. 1967, 101, N° 2, 425-430.

56 - COLCOCK B.P.
Traitement chirurgical de l'entérite régionale.
Am. J. Surg., Sept. 1967, 114, N° 3, 398-401.

57 - COLE T.P. et KYLE J.
Maladie de Crohn du colon.
Bull. Soc. Internat. Chir., Sept-Oct. 1968, 27, N° 5, 402-407.

58 - COMBARNOUS P.
Les colites segmentaires crypto-génétiques et le concept de colite de Crohn (A propos de cinq observations).
Thèse Lyon 1969. In Lyon med., 27 Juillet 1969, 222, N° 30, 198-199.

59 - COMFORT M.W., WEBER H.M., BAGGENSTOSS A.H. et KIELY W.F.
Non specific granulomatus inflammation of the stomach and duodenum - its relation to régional entéritis.
Am. J. Med. Sc., 1950, 220, 616-632.

60 - CORNET A. et Coll.
Gastrique chronique et polypose disséminée de l'estomac associées à une iléite terminale.
Sem. Hôp. Paris, 20 Déc. 1969, 45, N° 52, 3327-3338.

61 - CREAN G.P., LORAINE J.A., BELL E.T., GARD W.I. et SIRCUS W.
Excrétion de gonadotrophine urinaire chez les sujets porteurs de colite ulcéreuse et de maladie de Crohn traités par ACTH et corticostéroides -
Gut., Déc. 1966, 7, N° 6, 597-605.

62 - CRISHER R.
Le traitement médical de la maladie de Crohn
Actualités hépato-gastroenterol. de L'Hôtel-Dieu., 1968, 4, A 85.

63 - CRISMER R., DREZE Ch., DODINUAL P.
Maladie de Crohn à localisation iléo-coecale chez des jumeaux univitellins.
Arch. Mal. App. Dig., I963, 52-957

64 - CRISMER R., DREZE Ch.
Perforation en péritoine libre dans la maladie de Crohn (A propos de 3 observations).
Arch. Mal. App. Digestif, I964, 53.570.

65 - CRISMER R.
Maladie de Crohn à localisation jéjunale accompagnée de pancréatite chronique et d'anémie achristique.
Gastro-entérol. belg., I950, 13, 1135-1140.

66 - CRISMER R.
Les localisations ano-recto-sigmoidiennes de la maladie de Crohn (d'après une expérience personnelle de 10 observations réunies en I8 mois).
Rev. med. norm., oct. I969, 11, N° 8. 598.

67 - CRISMER R., NAOMEJ (Mme) et DELFORGE H.
Anémie mégalogastrique par malabsorption de la vitamine B12 après résections itératives de l'iléon terminal dans la maladie de Crohn.
Arch. Franç. Mal. App. Dig., Oct. Nov. I969, 58, N° 10-11.

68 - CRISMER R., NAOME J. (Mme); DEFRANCE P. et DANIEAN-GILLET (Mme)
Quatre observations de localisation ano-rectosigmoidienne de la maladie de Crohn. Aspect endoscopique.
Arch. Franç. Mal. app. Dig., Oct. I968, 57, N° 10, 856-857.

69 - CRISMER R., LEFEBRE F., NAOME J. et DEFRANCE P.
Double localisation duodénale et jéjunale de la maladie de Crohn. Traitement chirurgical.
Association Nord-Lotharingienne de Gastro-entérologie.
Réunion des 25 et 26 Avril I970.

70 - CRISMER R.
Maladie de Crohn à localisation recto-sigmoidienne. Intérêt de la rectoscopie dans la surveillance du traitement médical.
Association Nord-Lotharingienne de Gastro-entérologie.
Réunion des 25 et 26 Avril I970.

71 - CROHN B., GINSBURG L. et OPPENHEIMER J.
Régional iléitis.
J. Amer. Med. Ass. - I932, 99, 1923.

72 - CROHN B.B., et ROSENAK B.D.
A combined form of ileitis and colitis.
J. Amer. Med. Ass., I936, 106. 1.

73 - CROHN B.B.
Maladies granulomateuses du gros intestin et du grêle. Revue historique.
Gastroentérology, mai I967, 52, N° 5, 767-772.

74 - CROHN B.B. et YARNIS H.
Colite granulomateuse, un essai d'éclaircissement.
J. Mount. Sinai Hosp., nov-déc. I966, 33, N° 6, 503-513.

75 - DACUNHA M.A. et Coll.
Maladie de Crohn.
Hospital, Sept. I969, 76, N° 3, 941-955.

76 - DARNAUD Ch. et Coll.
Rectite granulomateuse sténosante.
Arch. franç. Mal. App. Dig. Mars I968, 57, N° 2, 255-256.

77 - DAVEZAC J.F.
La maladie de Crohn du colon.
Gaz. Med. France, 5 Déc. I968, 75, N° 30, 6089-6106.

78 - DAVID-CHAUSSE J. et Coll.
Atteinte articulaire au cours de la maladie de Crohn.
Bordeaux Med., av. I968, 1, N° 4, 747-753.

79 - DEBRAY Ch. et CATTAN D.
La maladie de Crohn (entérite régionale) et son traitement.
Med. et Hyg., 30 nov., I966, 24, N° 757, 1191-1196.

80 - DEBRAY Ch., CAROLI J., HEPP J., LORTAT JACOB J.L. et VARAY A.
Place et indications thérapeutiques de l'entérite régionale-maladie de Crohn.
Presse Médicale I961, 69.69

81 - DEGRAVE D.
Manifestations rhumatismales de la rectocolite hémorragique et de la maladie de Crohn.
Thèse Paris, I966, N° 484.

82 - DE MEDICI A. et GALBUSSERA M.
Un cas d'occlusion intestinale due à la maladie de Crohn située uniquement sur le colon sigmoide.
Minerva Chir., 15 Nov. I969, 24, N° 21, 1260-1266.

83 - DEMLING L.
Maladies inflammatoires du gros intestin ; aspect.
84 ème journée Soc. Allemande Chir., in Langenbecks Arch. Klin. Chir., I967, 319, 326-333.

84 - DESHAYES P., COLIN R., et GEFFROY Y.
Les manifestations articulaires de la rectocolite hémorragique et de la maladie de Crohn (iléite et colite).
Gaz. Med. France, 25 Oct. I969, 76, N° 26, 5071-5078.

85 - DETRIE P.
Les formes aigues de l'entérite régionale. Diagnostic. Traitement.
J. Chir. PARIS, I958, 75, 156.

86 - DORNER R.
Localisation de la maladie de Crohn au deuxième duodénum.
Association Nord-Lotharingienne de Gastro-entérologie.
Réunion des 25 et 26 Avril I970.

87 - DUBARRY J.J., DAX H., QUINTON A. et PAULET C.
Pseudo-appendicite pseudo-tumorale : forme cachée d'une maladie de Crohn.
Bordeaux Med., Nov. 1968, 1, N° 11, 2188.

88 - DUBOIS F.
La maladie de Crohn du colon.
Presse Médicale, 18 Mai 1968, 76, N° 24, 1185-1188.

89 - DUBREUIL C.
Contribution à l'étude de la maladie de Crohn chez l'enfant
Thèse Bordeaux 1963, N° 180.

90 - DUDENEY T.P.
Maladie de Crohn de la bouche
Proc. Roy. Soc. Med., Dec. 1969, 62, N° 12, 1237.

91 - DUPONT Ad., BOURLOND A. et PONCE R.
Epidermolyse bulleuse d'apparition tardive et iléite de Crohn.
Bull. Soc. Franç. Derm., 1969, 76, N° 3, 311-312.

92 - DUPUY R., DURET P., VALLIN J. et THIROLOIX J.
Maladie de Crohn de l'estomac.
Arch. Franç. Mal. App. Digestif, Janv. Fev. 1970, 59, N° 1-2. 29-38.

93 - DUPUY R., DURET P., VALLIN J. et THIROLOIX J.
Maladie de Crohn de l'estomac.
Arch. Franç. Mal. App. Digestif, Sept. 69, 58, N°9, 586-587.

94 - DURET R.L. et DELOYERS L.
Iléite de Crohn et grossesse.
Acta Gastro-entérol. belg., Av. Mai 1969, 32, N° 4-5, 365-376.

95 - DYER N.H., COOK P.L. et HARPER R.A.K.
Constriction oesophagienne associée à une laladie de Crohn.
Gut, Juillet 1969, 10, N° 7, 549-554.

96 - EDELMANN G.
Traitement chirurgical de la maladie de Crohn.
A.G. H. E. de l'Hôtel-Dieu. 1968, 4, A 95.

97 - EDELMANN G., MAY (Mme) et ETIENNE P.
Un cas de colite segmentaire de Crohn à double localisation.
Mem. Acad. Chirurg., Dec. 67, 93, 895-98.

98 - EDELMANN G., MAY (Mme) et ETIENNE P.
Un cas de colite segmentaire de Crohn à double localisation.
Mem. Acad. Chir., 1967, 93, N° 28-29, 895-898.

99 - EDUARDO J.R.
Colite granulomateuse.
Rev. Argent. radiol., Sept. dec. 1968, 31, N° 3, 234-241.

100 - EGGERT R.C., WILSON I.D. et GOOD R.A.
Agammaglobulinémie et entérite régionale.
Ann. of Int. Med., Sept. I969, 71, N° 3, 581-585.

101 - EIMENDORF H. (Von) et MARX E.
Colite régionale du sigmoide et son traitement.
84 ème journée Soc. Allemande Chir., in Langenbecks.
Arch. Klin Chir. I967, 319, 359-361.

102 - ELISEU E.H.
Colite de longue durée.
J.A.M.A., 21 Oct. I968, 206, N° 4, 833-835.

103 - ENKER W.E. et BLOCK G.E.
Evaluation pré-opératoire et per-opératoire dans la maladie de Crohn et les fistules.
Surg. Chir. North. Amer., Fev. I970, 50, N° 1, 123-132.

104 - ENKER W.E. et BLOCK G.E.
Traitement chirurgical de la maladie de Crohn compliquée de fistules.
Arch. Surg., Av. I969, 98, N° 4, 493-499.

105 - FARMER R.G., HAWK W.A. et TURBULL R.B. Jr.
Entérite régionale du colon. Comparaison clinique et pathologique avec la colite ulcéreuse.
Am. J. Dig. Dis., Juin I968, 13, N° 6, 501-514.

106 - FASSIO E.
Un nouveau cas d'abdomen aigu d'origine allergique : iléite terminale à forme occlusive.
Arch. Mal. App. Digestif - I950, 39, 1370-1371.

107 - FELDMAN F., CANTOR D., SOLL S. et BACHRACH W.
Etude psychiatrique d'une série consécutive de I9 malades porteurs d'iléite régionale.
Brit. Med. J.,23 Dec. I967, 4, N° 5581, 711-714.

108 - FLECHTER et HINTON J.M.
Sensibilité à la tuberculine dans la maladie de Crohn.
Lancet, 7 Oct. I967, N° 7519, 753-754.

109 - FONE D.J.
Entérite régionale (Maladie de Crohn).
Med. J. Australia, 21 Mai I966, 53, N° 21, 865-873.

110 - FORGET R.
Iléite régionale. Heureux effet d'une injection de novocaine intra-pariétale.
Arch. Mal. App. digest., I945, 34, 96-I00.

111 - FRAISSE M., MELEY G., GAUTHIER A., ETAIX J.P. et PENET M.
Iléite de Crohn à forme obstructive traitée chirurgicalement. A propos de deux cas.
Arch. Mal. App. Dig., I965, 54, 1090.

112 - FRANCK G.A. et BELONSKI V.M.
Un cas de lésion dugros intestin dans la maladie de Crohn.
Bull. radiol. (Moscou), I969, N° 1, 95-97.

113 - FRIEDMAN M., MINTON G.M. et LENNARD-JONES J.E.
Fonction surrénalienne et réactions cliniques à la corticotrophine et à la prednisone dans l'inflammation chronique du colon. (Crohn colique, colite ulcéreuse).
Gut, Mars 1969, 10, N° 3, 194-197.

114 - FRIEDMANN I.H.
Duodénite régionale.
New-York State. J. Med., 1° Fev. 1967, 67, N° 3, 461-464.

115 - FROELICH R.
Une observation d'entérite de Crohn du 2 ème jéjunum. Essai pathogénique.
Acta. Gastro-entéro. belg., 1950, 13, 1130-1134.

116 - GEFFROY Y., COLIN R. et CHARVET P.
Essai de traitement immunologique de la maladie de Crohn.
Note préliminaire.
Arch. Franç. mal. App. Dig., Mars 1970, 59, N° 3, 157-162.

117 - GEFFROY Y. et Coll.
La maladie de Crohn du colon.
Arch. Franç. Mal. App. Digestif, nov. 1967, 56, N° 11, 1037-1068.

118 - GEFFROY Y., BOURREILLE J., FABLET J. et HEMER J.
Iléite terminale de Crohn à forme sténosante.
Sem. Hôp. Paris, 14 Juin 1968, 44, N° 29/6, 1955-1956.

119 - GEFFROY Y. et Coll.
La maladie de Crohn du colon et de la région anale ou proctocolite de Crohn.
Gaz. Med. France, 15 Oct. 1968, 75, N° 25, 4769-4784.

120 - GELFAND M.D. et KRONE C.L.
Dysphagie et ulcération oesophagienne dans la maladie de Crohn.
Gastroentérology, oct. 1968, 55, N° 4, 510-514.

121 - GELZAYD E., BREUER R.J. et KIRSNER J.B.
Néphrolithiase dans l'inflammation intestinale.
Am. J. Dig. Dis., dec. 1968, 35, N° 12, 1027-1034.

122 - GIRARD M., FEROLDI J., GUILLAUD M. (Mme) et CHAPUY M.H.
La maladie de Crohn. A propos de 20observations de la région lyonnaise.
J. Med. Lyon, 20 Mars 1969, 50, N° 1161, 437-499.

123 - GIRAUD R.M.A., LUKE I. et SCHNAMAN A.
La maladie de Crohn chez les bantous du Transvaal.
South. Afr. Med. J., 24 Mai 1969, 43, N° 21, 610-613.

124 - GJONE E., ORNING O.M. et MYREN J.
La maladie de Crohn en Norvège de 1956 à 1963.
Gut, Avril 1966, 7, N° 4, 372-374.

125 - GLOTZER D.J., STONE P.A. et PATTERSON J.F.
Le pronostic après traitement chirurgical de la colite granulomateuse.
New England J. Med., 10 Avril 1967, 277, N° 6, 273-279.

126 - GOLDE D.W.
Etiologie de l'entérite régionale.
Lancet, 25 Mai I968, 1, N° 7552, 1144-1145.

127 - GOLDBERG H.I.
Ulcération focale du colon dans la colite granulomateuse.
Am. J. Roentgenol, Oct. I967, 101, N° 2, 296-300.

128 - GOLSTEIN ;.J., SCHACHTER H. et KIRSMER J.B.
Chirurgie et progression clinique dans la maladie de Crohn du grpele et du gros intestin.
Am. J. Surg., Mars I968, 115, N° 3, 376-384.

129 - GORBACH J.L. et Coll.
Etude de la microflore intestinale. V. Ecologie microbienne dans la colite ulcéreuse et l'entérite régionale. Rapport etntre gravité de la maladie et chimiothérapie.
Gastroentérologyn Av. I968, 54, N° 4, part I., 575-587.

130 - GRAHAM P.A. et BAUGH J.H.
Perforation et péritonite dans l'entérite régionale.
Am. J. Surg., Juin I968, 115, N° 6, 856-860.

131 - GRIMOUD M., MOREAU G. et LEMOZY J.
Localisations rectocoliques de 3 maladies de Crohn.
A.H.G.E. de l'Hôtel-Dieu. I968, 4, A 53.

132 - GROSDIDIER J., WATELET F., ROBERT D. et PARIETTI R.
Sténose jéjunale haute : maladie de Crohn.
Sem. Hôp. Paris, 14 oct. I969, 45, N° 41, 2549-2540.

133 - GROSDIDIER J., GUIBAZ F., ROBERT D. et FEUGIER P.
Localisations coliques de la maladie de Crohn (A propos de deux observations).
Association Nord-Lotharingienne de gastroentérologie.
Réunion des 25 et 26 Avril I970.

134 - GROSSMAN M.S. et NUGENT F.W.
Urolithiase, complication d'une maladie diarrhéique chronique (entérite régionale, iléo-colite, colite ulcéreuse).
Am. J. Dig. Dis., mai I967, 12, N° 5, 49I-498.

135 - GROZINGER K., WENZ W. et KHUPKA I.
Iléite terminale et colite ulcéreuse.
Munch. Med. Wschr., 24 Mars I967, 109, N° 12, 649-654.

136 - GROZINGER K.H.
Résultat du traitement chirurgical de l'iléite terminale.
Zbl. Chir., 29 Janv. I967, 92, N° 4, 142-145.

137 - GUILLARD J., JOUANNEAU P. et LAUMONIER R.
Maladie de Crohn du jéjunum fistulisée dans le sigmoide.
Sem. Hôp. Paris, 14 avr. I969, 45, N° 18, II97-II99.

138 - GUKEVICH E.V.
Iléite régionale aigue
Klinitschescala Med. (Moscou), I966, 44, N° 2, 104-106.

139 - GUMP P.E., LEPORE M. et BARKER H.C.
Revue du concept de l'entérite régionale aigue.
Ann..Surg., déc. I967, 166, N° 6, 942-946.

140 - HALL J.H., et HELLIER M.D.
Maladie de Crohn de l'appendice se manifestant comme une appendicite aigue.
Brit. J. Surg., Mai I969, 56, N° 5,390-392.

141 - HAMMER B., ASHURST P. et NAISCH J.
Maladies associées à la colite ulcéreuse et à la maladie de Crohn.
Gut, Fev. I968, 9, N° 1, 17-21.

142 - HAWK W.A., TURNBULL R.B. Jr. et FARMER R.G.
Entérite régionale du colon.
J.A.M.A., 4 Sept. I967, 201, N° 10, 738-746.

143 - HEAD L.M., HEATON J.W. et KIVEL R.M.
Absorption de l'eau et d'électrolytes dans la maladie de Crohn du colon.
Gastroentérology, mars I969, 56, N° 4, 571-579.

144 - HEATON K.W., Mc CARTHY C.F., HORTON R.E., CORNES J.S. et READ A.E.
Maladie de Crohn miliaire.
Gut., Fev. I967, 8, N° 1, 4-7.

145 - HERNANDEZ Cl.
L'angiographie de l'iléite terminale de Crohn.
A.G.H.E. de l'H.D., I968, 4, A 77.

146 - HEUILLY F., GAUCHER A. et Coll.
Atteintes ostéo-articulaires au cours de la maladie de Crohn.
Association Nord-Lotharingienne de Gastroentérologie.
Réunion des 25 et 26 Avril I970.

147 - HEWISTON W.A.
Nanisme avec maladie de Crohn.
Proc. Roy. Soc. Med., Mai I966, 59, N° 5, 424.

148 - HILLEMAND B.
Actualités sur la maladie de Crohn et sur la rectocolite hémorragique et purulente.
Vie Med., Mars I970 (2), 51, N° 10, 1457-1459.

149 - HILLEMAND P.
Un cas d'iléocolite spécifique (maladie de Crohn iléo-colique).
Confront. radio-anatomo-clin., Hôp. Vaugirard (suppl. Presse Med.), 5 Nov. I966, 74, N° 47-83.

150 - HIRSCH et Coll.
Maladie de Crohn du colon. A propos de 3 observations.
Act. Gastro-entérol. Belg., Juil. I968, 31, N° 7, 502-516.

151 - HISLOP I.G. et GRANK A.K.
Tendance génétique dans la maladie de Crohn.
Gut, déc. I969, 10, N° 12, 994-995.

152 - HIVET M. et GUILLARD J.
Crohn colique total
Semaine des Hôpitaux, 14 Avril 1970, 1243-1246.

153 - HOFFBRAND A.V., STEWART J.S., BOOTH C.C. et MOLLIN D.L.
Béficience en folate dans la maladie de Crohn. Fréquence, pathogénie et traitement.
Brit. Med. J., 13 Av. 1968, N° 5597, 71-73.

154 - HOLLENDER L.F., CHATELAIN C.L., GILLET M. et REINBOLT N.
A propos des tumeurs inflammatoires du coecum.
Semaine des Hôpitaux, 14 Juin 1968, 44, 1969-1971.

155 - HOLZBACH R.T. et JONES J.C.
Entérite régionale grave avec une fistule sigmoido-duodénale unique après grossesse normale.
Am. J. Gastroentérology, Juil. 1969, 52, N° 1, 48-55.

156 - HUBENS A.
Perforation aigue et péritoine d'une iléite régionale.
Acta Chir. belg. Dec. 1968, 67, N° 10, 1029-1033.

157 - HUCZEK-GLEBOCKI J. et SHOLEN M.
Maladie de Lesniowski-Crohn avec arrêt secondaire de la croissance.
Polski Tygod. Lek., 1968, 23, N° 20, 763-765.

158 - HUDSON C.N. et ZEEGEN R.
Maladie de Crohn se manifestant comme des abcès chroniques de Bartholin.
Proc. Roy. Soc. Med., Av. 1967, 60, N° 4, 338-339.

159 - HYWEL-JONES J.
Cancer du colon et maladie de Crohn.
Gut, Aout 1969, 10, N° 8, 651-654.

160 - JACKMAN K.V. et DOUGLAS E.W.
Maladie de Crohn du gros intestin.
Surgery, dec. 1969, 66, N° 6, 980-985.

161 - JANOWITZ H.D.
Colite granulomateuse. Introduction.
Bull. New York Acad. Med., oct. 1967, 43, N° 10, 900.

162 - JANOWITZ H.D. et PRESENT D.H.
Colite granulomateuse : conception pathogénique.
Gastro-entérology, nov. 1966, 51, N° 5 (2), 778-787.

163 - JOHNSON O.A. et Coll.
Maladie de Crohn de l'estomac.
Gastroentérology, Av. 1966, 50, N° 4, 571-577.

164 - JONES G.W. Jr., DOOLEY M.R. et SCHOENFIELD L.J.
Entérite régionale avec atteinte du duodénum.
Gastroentérology, dec. 1966, 51, N° 6, 1018-1022.

165 - JONES J.H., LENNARD-JONES J.E. et YOUNG A.C.
Réversibilité des images radiologiques au cours de l'amélioration clinique dans la maladie de Crohn.
Gut, sept. 1969, 10, N° 9, 738-749.

166 - JONES J.H. et LENNARD-JONES J.E.
Corticostéroides et corticotrophine dans le traitement de la maladie de Crohn.
Gut, Av. I966, 7, N° 2, 181-187.

167 - JONES J.H., LENNARD-JONES J.E. et LOCKART-MUMMERY
Expérience dans le traitement de la maladie de Crohn du colon.
Gut, Oct. I966, 7, N° 5, 448-452.

168 - JOUANNEAU P., GEFFROY Y., LAURONIER R., FONDINARE A., LARCHER J. COTTARD F. et NAREL U.
Nouvelle observation de maladie de Crohn du colon.
Mem. Ac. de Chirurgie, Dec. I967, 93, N° 28-29, 843-850.

169 - JOURDE
L'entérocolite folliculaire et segmentaire. Maladie de Crohn.
Thèse I947. Paris.

I70 - JOYEUX R. et COLIN R.
Maladie de Crohn pseudo-tuberculeuse.
Arch. Franç. Mal. App. Dig., Sept. I967, 56, N° 9, 868-869.

171 - KATSAROS D. et TRUELOUE S.C.
Entérite régionale et déficit en glucose-6-phosphate déshydrogénase.
New-England J. Med., 7 Aout I969, 281, N° 6, 295-296.

172 - KATZ J., SAVIN R. et SPIRO H.M.
Le syndrome de naevus basocellulaire et la maladie inflammatoire de l'intestin (maladie de Crohn).
Am. J. Med., mars I968, 44, N° 3, 483-488.

173 - KIRSNER J.B.
Etudes cliniques des maladies inflammatoires de l'intestin.
Med. Clin. North. Amer., sept. I969, 53, N° 5, 1195-1217.

174 - KIVEL R.M., TAYLOR K.B. et OBERHELMAN H. Jr.
Réaction de l'iléostomie avec bypass dans la rectocolite hémorragique et la maladie de Crohn du colon.
Lancet, 23 Sept. I967, N° 7517, 632-636.

175 - KLEPPING Cl., VIARS H. et MICHIELS R.
Maladie de Crohn à localisation iléo-coecale.
Semaine des Hôpitaux - 14 Avril I970, 1240-1242.

176 - KNAPP W., FAHRLANDER H. et HARTWEG H.
Etiologie de l'entérite régionale aigue (iléite).
Schweiz. Med. Wschr., 21 Fev. I970, I00, N° 8, 364-368.

177 - KNOBLOCH J. et NOVAK J.
Les problèmes du traitement chirurgical de la maladie de Crohn.
Internat. Surg., mai I969, 51, N° 5, 410-413.

178 - KNUTSSON H., LUNDERQUIST A. et LUNDERQUIST A.
Modifications vasculaires dans la maladie de Crohn.
Am. J. Roentgenol., Juin I968, 103, N° 2, 380-385.

179 - KORELITZ B.I.
Pronostic de la colite granulomateuse s'étant installée dan s l'enfance.
J. Mount. Sinaï. Hosp., Janv. Fev. I968, 35, N° 1-13.

180 - KORELITZ B.I., GRIBETZ D. et KOPEL F.B.
La colite granulomateuse chez l'enfant : une étude de 25 cas, comparaison avec la colite ulcéreuse.
Pédiatries, Sept. I968, 42, N° 3, 446-457.

181 - KORTING G.W.
Symptômatologie péri-anale de la maladie de Crohn
Hautartz, déc. I968, I8, N° 12, 553-556.

182 - KOTTER A., SCHLIDT A. et EWE K.
Problème du traitement de l'entérite régionale.
Zbl. Chir., 31 Mai I969, 94, N° 22, 740-746.

183 - KOUTNY J.
Expérience clinique et chirurgicale dans 70 cas de maladie de Crohn.
Acta. Chir. belg., dec. I968, 67, N° 10, 98I-1010.

184 - KRAUPSE C.
Maladies inflammatoires du gros intestin ; aspect pathologique.
84 ème journée soc. Allemande chir., in Langenbecks.
Arch. Klin. Chir. I967, 319, 309-326.

185 - KUHN H.A. et EISENREICH F.
Traitement de l'entérite régionale.
Deutsche med. Wschr., 12 Juil. I968, 93, N°28, 1369-1371.

186 - KUMMERLE F. et SCHIER J.
Entérite régionale.
Chirurg., Oct. I968, 39, N° 10, 437-442.

187 - KURPAT D.
Pathologie clinique de l'entérite régionale.
Zbl. Chir., 8 Juin I968, 93, N° 23, 802-8II.

188 - KYLE J. et MURRAY C.M.
Fistule iléo-vésicale dans la maladie de Crohn.
Surgery, Sept. I969, 66, N° 3, 497-501.

189 - KYLE J. et SINCLAIR W.Y.
Fistule iléo vaginale compliquant une entérite régionale.
Brit. J. Surg., Juin I969, 56, N° 6, 474-475.

190 - KYLE J., COLE T.P. et EWEN S.W.R.
La maladie de Crohn du rectum.
Prensa Med. argent., 16 Mai I969, 56, N° 11, 470-473.

191 - LAGACHE G., PARIS J. et DUPONT A.
Coexistence de cancer et de maladie de Crohn du colon.
Acta Chir. belg., nov. I968, 67, N° 9, 939-949.

192 - LAPEYRERE J., DAVIDOVITCH P. et MOREAU G.
Les problèmes posés par les formes occlusives de l'entérite régionale. A propos de 3 observations franç.
Arch. franç. Mal. App. Dig., Oct I966, 55, N° IO, 953-954.

193 - LAPEYRERE J., DAVIDOVITCH P. et MOREAU G.
Les problèmes posés par les formes occlusives de l'entérite régionale. A propos de 3 observations.
Arch. Franç. Mal. App. Dig. Mai I967, 56, N° 5, 443-450.

194 - LAPERROUZA C. et DE SIBIENTHAL J.
Thrombocytose et hyperleucocytose prolongées dans un cas de maladie de Crohn iléale avec pelvispondylite.
Schweiz. Med. Wsehr., 19 Juillet I969, 99, N° 29, 1060-1062.

195 - LAUMONIER R., POTET F. et FONDIMARE
La maladie de Crohn du colon.
Annales d'anatomie pathologique, I968, tome 13, N° 4, 433-448.

I96 - LAW D.H.
Entérite régionale
Gastroentérology, Juin I969, 56, N° 6, IO86-1110.

I97 - LEFAUCHER C., LARDENNOIS R., PENNAFORTE F. et ADNET J.J.
La place de l'entérite segmentaire dans l'étiologie de l'invagination du nourrisson et de l'enfant.
Ann. Med. Pharm. Reims, Juin I968, 5, N° 3, 201-207.

198 - LEGAR I.D. et KASCHEEV I.Y.
Deux cas d'iléite aigue (maladie de Crohn)
Klinitchescaia (Moscou), I966, 44, N° 10, 111-112.

199 - LENNARD-JONES J.E., LOCKART-MUMMERY H.E. et MORSON B.C.
Différenciation clinique et pathologique de la maladie de Crohn et de la proctocolite.
Gastroentérology, Juin I968, 54, N° 6, 1162-1170.

200 - LENNARD JONES J.E. et STALDER G.A.
Pronostic après résection pour l'iléite chronique régionale.
Gut, Aout I967, 8, N° 4, 332-336.

201 - LENNARD-JONES J.E.
Aspects médicaux de la maladie de Crohn.
Proc. Roy. Soc. Med., Janv. I968, 61, N° 1, 51-83.

202 - LE QUINTREC Y., MARATKA Z. et MIALARET J.
Diagnostic clinique et radiologique de la R.C.H. et de la maladie de Crohn colique.
Actualités hépato gastro entérologiques de l'Hôtel-Dieu.
I968, 5, A 287.

203 - LEVRAT M., PASQUIER J. et LAMBERT R.
Entérites et entéropathies. EMC. Estomac Intestin. T III - 9057 Gp.

204 - LEWIN K. et SWALES J.D.
Colite granulomateuse et colite ulcérative atypique. Aspect histologique, comportement et prorostic.
Gastroentérology, fev. I966, 50, N° 2, 211-223.

205 - LINDNER A.E.
Colite granulomateuse. Caractères cliniques.
Bull. New York. Acad. MEd., Oct. I967, 43, N° 10, 90I-905.

206 - LINDNER A.E. et MARSHAK R.H.
Colite granulomateuse.
Med. Times. June I967, 95, 693, in Internat. Med. Dig.,
Sept. 67, 83, N° 9, 378-379.

207 - LOGALIO S.A.
Colite granulomateuse. Traitement chirurgical.
Bull. New York Acad. Med., Oct, I967, 43, N° 10, 906-909.

208 - LOISEAU E.
Maladie de Crohn ou colite granulomateuse.
Praxis, 5 Aout I969, 58, N° 31, 961-962.

209 - LUCKING T., REINWEIN H. et PRINGSHEIM W.
Entérite régionale chez l'enfant.
Mjchr. Kinderh., Fev. I969, 117, N° 2, 57-60.

210 - LUNDERQUIST A., LUNDERQUIST A. et KNUTSSON H.
L'angiographie dans la maladie de Crohn de l'intestin
grêle et du colon.
Am. J. Roentgenol., Oct. I967, 101, N°2, 328-334.

211 - MAC CALLUM D.I. et KINMONT P.D.C.
Manifestations dermatologiques de la maladie de Crohn.
Brit. J. Derm. I968, Janv. 80, N° 1, 1-8.

212 - MAC GARITY W.C., ROSS S.W., BOBO E., SCHRODER J.S. et ACHORD J.L.
Colite granulomateuse. Observations récentes.
Ann. Surg., Juin I968, 167, N° 6, 926-94I.

213 - MAC GOVERN V.J. et GOULSTON S.J.M.
Maladie de Crohn du colon.
Gut. Av. I968, 9, N° 2, 164-176.

214 - MADDEN J.L., RAVID J.L. et HADDAR J.R.
Oesophagite régionale, une entité spécifique simulant la
maladie de Crohn.
Ann. Surg., Sept. I969, 170, N° 3, 351-368.

215 - MAES J., VANHAPPEN G., PEREMANS J. et VANDENBROUCKE J.
Lésions rectales de la maladie de Crohn.
Act. Gastr. ent. Belg. Mars I961, 24, 208-221.

216 - MAINGUET P., THYS O. et BREMMER A.
Fistule jéjuno-iléale après intervention pour iléite ter-
minale. Diagnostic par le tubage jéjunal protégé.
Acta gastro-entérol. belg., Mars I966, 29, N° 3, 356-364.

217 - MALTA-BEY G.
Etudes des récidives de la maladie de Crohn après résection
intestinale. A propos de 20 observations.
Thèse Paris I968, N° 726.

218 - MARATKA Z., KUBERNATOVA D., CAPEK V. et KUDRMANN J.
Colite régionale ou maladie de Crohn du colon.
Actualités hépato-gastro-entérologiques de l'Hpotel-Dieu.
I968, 4, A 15.

219 - MARATKA Z.
Colite granulomateuse, ulcéreuse, régionale et segmentaire.
Digestion, I968, 1, N° 4, 251-254.

220 - MARSHAK R.H.
Colite granulomateuse. Caractères radiologiques.
Bull. New York Aca, Med. Oct. I967, 43, N° 10, 9IO-923.

221 - MARTIN E.D. et DELARUE J.
A propos du diagnostic anatomo-pathologique de la maladie de Crohn du colon.
Mem. acad. Chir., 21-28 Fev. 1968, 84, N° 6-7, 217-224.

222 - MASSION.
La maladie de Crohn.
Actualités hépato-gastroentérologiques de l'Hôtel-Dieu.
I955, T4.

223 - MASSION J. et EDELMANN G.
La maladie de Crohn in Actualites hépato-gastro-entérologiques de l'Hôtel-Dieu. I959, 1, 27.

224 - MAURER L.H., HYGHES R.W., FOLLEY J.H. et MOSENTHAL W.T.
Hépatite granulomateuse associée à une entérite régionale.
Gastro-enterology, Aout I967, 53, N° 2, 301-305.

225 - MEERSMAN J. (de), PICARD E., BOULANGER J., KEBERS R. et LIPPENS S.
Crohn duodénal. A propos d'un cas.
Arch. Franç. Mal. App. Dig., Oct. I968, 57, N° IO, 854-855.

226 - MEERSMAN (de) J.
Douze cas de maladie de Crohn opérés, dont un duodénal.
Acta. Chir. Belg., dec. I968, 67, N° IO, 1011-1028.

227 - MEIHOFF W.E. et KERN F. Jr.
La malabsorption des sels biliaires dans l'iléite régionale, la résection iléale et la diarrhée dûe au Mannitol.
J. Clin. Invest., Fev. I968, 47, N° 2, 261-267.

228 - MELICH EI.
Un cas d'entérite régionale culminant dans un syndrome post-opératoire d'intestin court.
Am. J. Gastroenterology, Sept. I969, 52, N° 3, 231-253.

229 - MENDELOFF A.I. et Coll.
Quelques traits épidémiologiques de la colite ulcéreuse et de l'entérite régionale. Rapport préliminaire.
Gastroenterology, nov. I966, 51, N° 5 (2), 748-755.

230 - MERLI E. et BOTTINO S.
Contribution à l'étude des colites hyperplasiques segmentaires type Crohn.
Radiologia med., nov. I967, 53, N° 11, 1115-1126.

244 - MORL F.K.
Transformation de forme de tuberculose intestinale en maladie de Crohn.
Zbl. Chir. 20 Aout I966, 9I, N° 34, 1233-1240.

245 - MOROWITZ D.A., BLOCK G.E. et KIRSNER J.B.
Adéno-cancer de l'iléon compliquant une entérite chronique régionale.
Gastroenterology, sept. I968, 55, N° 3, 397-402.

246 - MOROWITZ D.A., ALLEN L.W. et KIRSNER J.B.
Thrombocytose dans les affections chroniques inflammatoires de l'intestin.
Ann. of Int. Med., Mai I968, 68, N° 5, 1013-1021.

247 - MOROZ I.N. et SPEKTOR F.A.
Sur l'iléite terminale (maladie de Crohn).
Klinitchesciia (Moscou), I968, 46, N° 7, 102-106.

248 - MORSON B.C.
Histopathologie de la maladie de Crohn.
Proc. Roy. Soc. Med., Janv. I968, 61, N° 1, 79-8I.

249 - MORSON B.C.
Les formes anormales de la maladie de Crohn.
Arch. Franç. Mal. App. Dig., Av. I967, 56, N° 4, 340.

250 - MOUCHET A. et GUIVARCH' H.
Iléite terminale et maladie de Crohn.
Rev. Praticien, 1 er Sept. I968, 18, N° 22, 3115-3138.

251 - MOUTAIN J.C.
Ulcérations cutanées dans la maladie de Crohn.
Gut, Janv. I970, II, N° 1, 18-26.

252 - MOUTAIN J.C.
Ulcération cutanée dans la maladie de Crohn.
Proc. Roy. Soc. Med., Dec. I969, 62, N° 12, 1236.

253 - NASR K., MOROWITZ D.A., ANDERSON J.G.D. et KIRSNER J.B.
Perforations dans l'entérite régionale.
Gut, Mars I969, 10, N° 3, 206-208.

254 - NEALE G., KELSAIL A.R. et DOYLE F.H.
Maladie de Crohn et périostite symétrique diffuse.
Gut, Aout I968, 9, N° 4, 383-387.

255 - NELSON S.W.
Quelques manifestations intéressantes et rares de la maladie de Crohn (entérite régionale) de l'estomac du duodénum et de l'intestin grêle.
Am. J. Roentgenol., Sept. I969, 107, N° 1, 86-IOI.

256 - NIEDERLE B.
Iléite régionale chez des jumelles univitellines.
Arch. Mal. App. Digestif. I96I, 50, 1245.

257 - NGUYEN VAN CUA R.
Contribution à l'étude de la maladie de Crohn chez l'enfant. A propos de 3 cas.
Thèse Paris, I968, N° 62.

258 - OBERHELMAN H.A. Jr., KOMATSU S., TAYLOR K.B. et KIVEL R.M.
Iléostomie de diversion dans le traitement chirurgical de la maladie de Crohn du colon.
Am. J. Surg., Fev. 1968, 115, N° 2, 231-240.

259 - PARIS J.
Etude clinique de l'iléite régionale de Crohn.
Actualités hépato-gastroentérologiques de l'Hôtel-Dieu - 1968, 4, A2.

260 - PARIS J. , DELACROIX R.? DUPONT A. et PARIS J.C.
Distension pyélique droite par compression urétérale au cours d'une maladie de Crohn iléo colique.
Arch. Franç. Mal. App. Dig., dec. 1969, 58, N° 12, 852-853.

261 - PARIS J., DUPONT A. et ANDRE J.M.
A propos d'un cas de maladie de Crohn du colon.
Arch. Franç. Mal. App. Dig., dec. 1968, 57, n° 12, 1057-1058.

262 - PARIS J., DELACROIX R., DUPOND A. et PARIS J.C.
Distension pyélique droite par compression urétérale au cours d'une maladie de Crohn iléo colique.
Act. Gastro-enterol., belg., sept. 1969, 32, N° 9. 645-651.

263 - PARRISCH R.A., KARSTEN M.B., MAC RAE et MORETZ W.H.
Colite segmentaire de Crohn associée à un adénocarcinome.
Am. J. Surg., Mars 1968, 115, N° 3, 371-375.

264 - PARTURIER-ALBOT M., CRESPON B., LUNEL J., CORNIER J.M. et ALBOT G.
Maladie de Crohn à localisation colique pure. A propos d'un cas.
Sem. Hôp. Paris. 20 Dec. 1969, 45, N° 52, 3291-3295.

265 - PARTURIER-ALBOT (Mme), ALBOT G. et CRESPON B.
Maladie de Crohn à début ano-rectal et flambées évolutives dûes à des manifestations locales.
Arch. Franç. Mal. App. Dig., Juin 1969, 58, N° 6,380.

266 - PARTURIER-ALBOT M. et CRESPON B.
Localisations anales de la maladie de Crohn.
Entretien Bichat (Médecine), 1969, 659-662.

267 - PERRETT A.D., TRUELOVE S.C. et MASSARELLA G.R.
Maladie de Crohn et cancer du colon.
Brit. Med. J., 25 Mai 1968, 2, N° 5603, 466-468.

268 - PESKIN G.W., SHROCK P. et EVANS R.H.
Technique chirurgicale dans la colite granulomateuse.
Surg. Clin. North. Amer., Fev. 1970, 50, N° 1, 65-78.

269 - PETRONE C., BILENCA O.L. et GHENADENIK E.
Colite segmentaire non spécifique.
Prensa med. argent., 18 av. 1969, 56, N° 7, 291-295.

270 - PETERSON R.D., APPELMAN H.D. et THEROS E.G.
Entérite régionale. Correlation radiologico-pathologique.
Radiology, Juil. 1968, 91, N° 1, 154-160.

271 - PEYCELON R. et DELORE X.
Une cause d'erreur persistante dans le diagnostic de l'appendicite : l'iléite terminale aigue.
Lyon Chir., Juil. 1966, 62, N° 4, 626-628.

272 - PRESENT D.H. et Coll.
Hydronéphrose obstructrice dans les affections granulomateuses de l'intestin.
New England. J. Med., 6 Mars 1969, 280, N° 10, 523-528.

273 - PRAT P.P., ABBES M., KERNAREC J. et LJUNGGRENS B.
Un cas d'iléite terminale aigue.
Arch. Franç. Mal. App. Dig., Sept. 1967, 56, N° 9, 875.

274 - RACHET J., BUSSON A. et DEBRAY Ch.
Maladie de l'intestin grêle et du péritoine.
Paris Flammarion 1954, 419 C.

275 - RADUIN J.S. et HARDY J.D.
Colite granulomateuse.
Am. J. Med. Soc., Fev. 1967, 253, N° 2, 230-238.

276 - RAUBER G., FEUGIER J. et Coll.
Etude anatomo-pathologique critique des localisations extra-iléales de la maladie de Crohn.
Association Nord-Ibtharingienne de gastroentérologie.
Réunion des 25 et 26 Avril 1970.

277 - REEVES B.F., CARLSON H.C. et DOCKERTY M.B.
Rectocolite ulcéro-hémorragique segmentaire contre maladie de Crohn du colon. Etude radiographique et pathologique.
Am. J. Roentgenol. Janv. 1967, 99, N° 1, 24-34.

278 - RICHMAN A.R., ZEIFER H.D., WINRELSTEIN A., KIRSCHNER P.H. et STEINHARDT.
Chronic non specific granulomatos inflammation of the stomach, duodenum and intestin.
Gastroenterology, 1955, 29, 358-369.

279 -RIPPEY J.H. et SCHIERS S.C.
Cellules plasmatiques hypertrophiées dans l'entérite régionale.
Am. J. Dig. Dis., Mai 1967, 12, N° 5, 465-467.

280 - ROBERTS S.M. et HAMILTON W.W.
Entérite régionale du duodénum.
Radiology, mai 1966, 86, N° 5, 881-885.

281 - ROBINSON K.P. et CRAFT J.L.
Perforation libre du grêle dûe à une entérite régionale.
Brit. J. Surg., Sept. 1967, 54, N° 9, 789-801.

282 - RUDELLE M., GONTIER F., SMADJA A.
Localisation ano-rectale isolée de la maladie granulomateuse intestinale ou maladie de Crohn.
Mem. Acad. Chirrugie 94, 683-87, oct. 68.

283 - RUBIN, LAMBIE R.W. et CHAPMAN J.
Iléite régionale chez l'enfant.
Am. J. Dis. Child., Juil. 1967, 114, N° 1, 106-110.

284 - SCHACHTER M., GOLDSTEIN M.J. et KIRSNER J.B.
Dilatation toxique compliquant une maladie de Crohn du colon.
Gastroentérology, Juil. 1967, 53, N° 1, 136-142.

285 - SCHAUPP W.C., GALLACHER D.M. et SCARBOROUGH R.A.
Colite régionale.
Dis. Colon rectum, Janv. Fev. 1967, 10, 6, in Internat. Surg Dig., juin 1967,

286 - SCHMIDT G.
Maladie de Crohn du colon et diverticulite.
Med. J. Australia, 20 Dec. 1969, 56, N° 25, 1253-1258.

287 - SCHMIDT G.T., LENNARD-JONES J.E., MORSON B.C. et YOUNG A.G.
Maladie de Crohn du colon et sa distinction de la diverticulite.
Gut, Fev. 1967, 9, N° 1, 7-15.

288 - SCHOFFIELD P.F., STAFF W.G. et MOORE T.
Atteinte de l'uretère dans l'iléite régionale (Crohn).
J. Of. Uro., Av. 1968, 99, N° 4, 422-416.

289 - SCHOFFIELS P.F. ,et FOX H.
Le diagnostic de la maladie de Crohn du colon.
Brit. J. Surg., Av. 1967, 54, N° 4, 307-311.

290 - SCHRUB J.C. et Coll.
Relation d'un nouveau cas de colite granulomateuse segmentaire.
Arch. Franç. Mal. App. Dig., Av. 1967, 56, N° 11, 1117-1120.

291 - SEGRESTIN M.
A propos de 4 observations de colite granulomateuse (proctocolite granulomateuse idiopathique).
Thèse Paris 1966, N° 1020.

292 - SEVELL J.H.
Perforation aigue du grêle dans l'entérite régionale.
Am. J. Gastroentérol., Fev. 1967, 47, N° 2, 148-152.

293 - SHEEHAN R.G. et Coll.
Entérite régionale associée à la déficience en glucose-6-Phosphate deshydrogénase erythrocytaire.
New England J. Med., 23 Nov. 1967, 277, N° 21., 1124-1126.

294 - SHEIL F.O., CLARK C.G. et GOLIGHER J.C.
Adénocarcinome associé à une maladie de Crohn.
Brit. J. Surg., Janv. 1968, 55, N° 1, 53-58.

295 - SHEKHTER I.A. et SHINGER N.U.
Diagnostic radiologique de la colite granulomateuse.
(Mal. de Crohn avec affection du gros intestin).
Pull. Radiol. (Moscou). 1969, N° 6, 62-70.

296 - SHORTER R.G., CARDOZA H., SPENCER R.J. et HUIDENGA K.A.
Nouvelle étude de la cytotoxicité in vitro des lymphocytes de sujets porteurs de colite ulcéreuse et granulomateuse pour les cellules épithéliales du colon allogène, y compris l'action de la colectomie.
Gastroenterology, Fev. 1969, 56, N° 2, 304-309.

297 - SIMON G.C., et METAIRLE-SIMON P.
Deux observations de maladie de Crohn.
Sem. Hôp. Paris, 14 Av. 1969, 45, N° 18, 1200-1205.

298 - SLANEY G.
Maladie de Crohn.
Brit. Med. J., 3 Avril 1968, 3, N° 5613, 293-298.

299 - SMITH M.P.
Le nombre des globules blancs dans l'entérite régionale.
JAMA, 11 Sept. 1967, 201, N° 11, 890.

300 - SOLFORT J. et JARNUM S.
Protéolyse fécale de l'Albumine et de l'IgG dans la maladie de Crohn et la colite ulcéreuse.
Digestion, 1969, 2, N° 5, 282-288.

301 - SOREN A.
Affections articulaires dans l'iléite régionale.
Arch. of Int. Med. Janv. 1969, 117, N° 1, 78-83.

302 - SPARBERG M. et KIRSNER J.B.
Corticothérapie à long terme dans l'entérite régionale.
Analyse de 58 traitements chez 54 sujets.
Am. J. Dig. Dis., NOv. 1966, N° 11, 865-880.

303 - STELZNER F.
Maladies inflammatoires du gros intestin, aspect chirurgical.
Langenbecks Arch. Klin. Chir., 1967, 319, 333.345

304 - STENING G.F.
Colite de Crohn.
Med. J. Asutralia, 18 Mai 1968, 55-1, N° 20, 841-843.

305 - STOPPA R.
Maladie de Crohn du colon sigmoide.
Association Nord-Lotharingienne de gastroentérologie.
Réunions des 25 et 26 Avril 1970.

306 - STROHMENGER P. et MULLER E.
Evolution compliquée de l'iléite régionale.
Znl. Chir. 26 nov. 1966, 91, N° 48, 1777-1785.

307 - SYMPOSION.
Sur la maladie de Crohn.
Acta gastroenterol. Belg. 1960, 23, 1, 102.

308 - TARKUNDE V.B. et PATANKAR V.J.
Colite granulomateuse.
Am. J. Gastroentérol., Av. 1969, 51, N° 4, 303-310.

309 - THAYER W.R. Jr., BROWN M., SANGREE M.H., KATZ J. et HERSH T.
Escherichia coli o : 14 et anticorps hémo-agglutinants du colon dans l'affection inflammatoire de l'intestin.
Gastroentérology, sept. 1969, 57, N° 3, 311-318.

310 - THOMPSON R.A., ASQUITH P. et COOKE W.T.
Iga secrétoire dans le serum.
Lancet, 6 Sept. 1969, N° 7619, 517-519.

311 - TOADER C., HERMAN G. et BAN A.
Gastroduodénite granulomateuse non spécifique (Crohn) avec sténose du pylore.
Zbl. Chir., 1 er Fev. 1969, 94, N° 5, 171-174.

312 - TUNG K.S. et HAWK W.A.
Etude in vivo de la réaction basophile inflammatoire dans la colite muqueuse et la colite transmurale.
Am. J. Gastroenterology, Dec. 1968, 50, N° 6, 431-444.

313 - TURAL I. et Coll.
Aspects de l'entérite régionale (Crohn) dans la chirurgie d'urgence.
Rev. med. Moyen-Orient, Juil. Aout 1967, 24, N° 4, 299-309.

314 - TURINA M., SCHAMAUN M. et WALDVOGEL W.
Maladie de Crohn de l'oesophage.
Deutsche Med. Wschr., 1 nov. 1968, 95, N° 44, 2097-2099.

315 - TYERS G.F., STEIGER E. et DUDRICK S.J.
Adénocarcinome de l'intestin grêle et autres tumeurs malignes compliquant l'entérite régionale. Rapport d'un cas et revue de la littérature.
Ann. Surgery, Av. 1969, 169, N° 4, 510-518.

316 - VAISSIERE (De la) G., FAVRE M. et LOYGUE J.
Maladie de Crohn du colon (A propos de 40 observations).
Actual. hépato gastroentérol. 1969, 5 (5) B187-B224.

317 - VAN der HOEDEN R., BREMER A. et PARMENTIER R.
Maladie de Crohn à localisations pyloro-duodénale et iléo-colique.
Acta gastro-entérol. belg., Fev. 69, 32, N° 2, 171-184.

318 - VAN DER HOEDEN R., HEIMANN R., HINS C. et HENROTIN E.
Maladie de Crohn de l'estomac et de l'iléon terminal.
Arch. Franç. Mal. App. Digest., Aout Sept. 1968, 57, N° 8-9, 715-724.

319 - VAN DER HOEDEN et HEIMANN R.
Maladie de Crohn de l'estomac et de l'iléon terminal.
Arch. Franç. Mal. App. Dig., Dec. 1967, 56, N° 12, 1270-1271

320 - VANDENBROUCKE J., VANTRAPPEN G., TYTGAT G., RUTGERTS L. et PONETTE E.
L'iléocolite de Crohn.
Internist., Aout 1968, 9, N° 8, 335-343.

321 - VAN HEERDEN J?A?n SIGLER R.M. et LYNN H.B.
L'entérite régionale chez l'enfant. Aspects chirurgicaux.
May. Clin. Proc., Fev. 1967, 42, N° 2, 100-104.

322 - VAN KRUININGEN H.J.
Colite granulomateuse des chiens boxers : aspects comparatifs
Gastroentérology., Juil. 1967, 53, N° 1, 114-122.

323 - VAN PROHASKA J. et HOUTTUIN E.
Chirurgie entérocolique basée sur les concepts actuels des maladies inflammatoires de l'intestin.
Surg. Clin. North. America, Fev. 1967, 47, N° 1, 157-172.

324 - VANTRAPPEN G., LENS E., BODART P., DIVE C. et VANDENBROUCKE J.
Etude clinique de l'iléocolite de Crohn. A propos de 44 ans.
Arch. Franç. Mal. App. Dig., juin 1966, 55, N° 6, 549-550.

325 - VANTRAPPEN G. et Coll.
Etude clinique de l'iléite colite de Crohn.
Arch. Franç. Mal. App. Dif., Dec. 1966, 55, N°12, 1129-1148.

326 - VICARI F. et BIGARD M.A.
Le foie dans la maladie de Crohn.
Association Nord Lotharingienne de Gastroentérologie.
Réunions des 25 et 26 Avril 1970.

327 - VILLOTTE J., MOUCHET A., MARTIN E., BELKAIDA et BOINET G.
Maladie de Crohn révélée par une fistule vésico-intestinale et associée à une tumeur carcinoide du grêle.
Sem. Hôp. Paris, 14 Mai 1969, 45, N° 23, 1620-1625.

328 - VITEBSKY Ya. D.
Traitement chirurgical de l'iléite de Crohn.
Khirourguia (Moscou), 1968, N° 12, 70-72.

329 - VIVIER G., MOUTKAR M., BESSOT M. et PIERSON B.
La colite granulomateuse ou maladie de Crohn du colon.
Ann. Rad., 1968, 11, N° 1-2, 75-79.

330 - VOSSE-MATAGNE G., KEMPENEERS J., NOHR R. et RUYTERS L.
Evolution post-opératoire de l'iléite de Crohn.
Acta Gastro entérol. belg., Janv. 1966, 29, N° 1, 55-82.

331 - WAGNER A.
Arthralgies et arthrite iléo-sacrée dans l'entérite régionale
Deutsche Med. Wschr., 3 Janv. 1969, 94, N° 1, 13-17.

332 - WALLENSTEIN L., SEREBRO H.A., CALLE S. et GANN M.E.
Entérite régionale chronique compliquée par un syndrome néphrotique dû à une amyloidose.
J.A.M.A., 31 Oct. 1966, 198, N° 5, 555-558.

333 - WAYE J.D. et LITHGOW C.
Perforation du grêle dans l'entérite régionale.
Gastroenterology, Oct. 1967, 53, N° 4, 625-629.

334 - WEEKE B. et BEEDIVEN G.
Immunoglobulines sériques et hypersensibilité cellulaire spécifique de l'organe dans la rectocolite hémorragique et la maladie de Crohn.
Acta Med. Scand., Juil. Aout 1969, 186, N° 1-2, 87-91.

335 - WEILL J.P., BRECHENMACHER C., FRANCK P. et ADLOFF M.
Maladie de Crohn du colon sans atteinte iléale (A propos de deux observations).
Association Nord-Lotharingienne de Gastro-entérologie.
Réunions des 25 et 26 Avril 1970.

336 - WEILL J.P., MONATH G. et BOTTOS J.P.
Maladie de Crohn et saccoidose pulmonaire.
Association Nord Lotharingienne de Gastroentérologie.
Réunions des 25 et 26 Avril 1970.

337 - WHYBROW P.C., KANE F.J.,Jr. et LIPTON M.A.
Iléite régionale et trouble psychiatrique.
Psychosom. Med., Mars Avril 1968, 30, N° 2, 209-221.

338 - WILLIAM K.
Problème du diagnostic et du traitement de l'entérite régionale de Crohn.
Chirurg. Juil. 1968, 39, N° 7, 326-328.

339 - WILLIAMS W.S.
Maladie de Crohn.
Practitionner, Mai 1969, 202, N° 1211, 643-649.

340 - WON K.H.
Endométriose mucocèle et entérite régionale du diverticule de Meckel.
Arch. Surg., Fev. 1969, 98, N° 2, 209-212.

341 - WYATT A.P.
Entérite régionale entrainant un cancer du grêle.
Gut, Nov. 1969, 10, N° 11, 924-927.

342 - YAMASE K., INUI M. et YAMASE Y.
Perforation en péritoine libre de l'entérite régionale.
Une observation rapportée.
Internat Surg. , Janv. 1966, 45, N° 1, 29-33.

343 - YAMASE K., MASUDA K., SHIMADA S. et YAMADA Y.
Entérite régionale du Japon. Revue de 548 cas.
Internat Surg., Mai 1967, 47-I, N° 5, 497-502.